Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor arkusza

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 6 marca 1886. №. 10. Rok XXV.

TREŚĆ: I. OBALIŃSKI: Przyczynek do operacyj plastycznych wykonywanych w celu podniesienia zapadniętego nosa. — II. RUMSZEWICZ: O szparze środkowéj oka. (C. d.) — III. OBTUŁOWICZ: O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym. (C. d.) IV. *Oceny i sprawozdania*: SZADEK: O pierzchnicach płaskich Wilsona. (Dok.) — GERHARDT: O kile mózgowéj. — UHTHOFF: Uwagi o znaczeniu rozpoznawczém odruchowéj nieruchomości źrenicy. — BREITUNG: O wrastaniu paznogci. — *Wiadomości pomniejsze*. — V. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Posiedzenie Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. — VI. *Odcinek:* JABŁONOWSKI: Szkice sanitarne z Persyi. III. — VII. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — VIII. *Wiadomości bieżące*.

I. Przyczynek do operacyj plastycznych wykonywanych w celu podniesienia zapadniętego nosa.

Podał prof. Dr. A. Obaliński.

Nie trzeba być próżną i o piękność twarzy i kształtów ciała dbałą kobietą, aby przyznać słuszność słowom słynnego fizyjognomisty szwajcarskiego Lavatera, który pisząc o nosie wyrzekł, że „ładny nos wart jest królestwa“, a najlepiéj uczuć się daje prawda tych słów w razie zniekształcenia nosa, które, chociaż w mniejszym stopniu, większe sprowadza oszpecenie twarzy, niż nawet całkowita utrata innéj składowéj części téjże.

To téż od najdawniejszych czasów starali się chirurgowie czynnie występować przeciw tym oszpeceniom, a nawet zdaje się być do prawdy podobném, że usiłowania te dały w ogóle początek do powstania tak zwanéj „chirurgii plastycznéj“, która tak świetnie rozwinęła się, że rozpatrując się w dziełach Tagliacozzy, Richeranda, Szymanowskiego, Graefego i Diffenbacha, osobliwie zaś tego ostatniego, nabrać musimy przekonania, iż prawie wszystko, co po nich w tym kierunku było zrobioném, dotyczy tylko mniéj lub więcéj doniosłych ulepszeń w metodach już przez nich znanych i wykonywanych.

Wcale niepośledni rozdział tego przedmiotu tworzy rzecz o leczeniu chirurgiczném nosa zapadniętego w następstwie wyropienia jego rusztowania w przebiegu miejscowych spraw zołzowych, syfilitycznych lub tp.

Nos zapada się albo tylko u saméj podstawy, jeżeli zropienie dotknęło samego rusztowania kostnego, a więc kości nosowych samych lub razem z wyrostkami nosowemi szczęki górnéj i kością lemieszową, z niemi się stykającemi, czego wynikiem bywa ów znany typowy nos siodłowaty; albo w całości, jeżeli równocześnie uległa zniszczeniu i przegroda chrzęstna; albo nakoniec tylko w dolnéj swéj połowie (t. j. koniec nosa i obydwa skrzydła), jeżeli zropienie ograniczyło się wyłącznie tylko do rusztowania chrzęstnego.

Stosownie do tych postrzeganych zboczeń wyrobiły się następujące główne metody operacyjne:

1. Metoda Dieffenbacha polegająca na podpreparowaniu płatów bocznych i zsunięciu tychże od policzków ku środkowi przez głębokie szwy szpilkowe zbliżające policzki ku sobie, przyczém jednak podstawa kostna, jakkolwiek zapadnięta, musiała być utrzymaną. W razie braku téjże nakładał Dieffenbach na wierzch płat skórny wzięty z czoła (*Aufpflanzung*).

2. Również przez poprzedniego autora podana metoda podniesienia nosa przez wgojenie wewnętrzne płatu czołowego (*Unterpflanzung*).

3. Metoda Thierscha wynikła z modyfikacyi pierwszéj metody a polegająca na tém, że najprzód tworzy się z resztek nosa rusztowanie przez utworzenie dwóch bocznych płatów, których ku sobie zwrócone powierzchnie po zeskrobaniu przyskórni ze sobą się zespaja a następnie na tak otrzymaném rusztowaniu nos właściwy z płatu czołowego wytworzony przygaja.

4. Modyfikacyja drugiéj metody podana przez Bardelebena, w któréj płat czołowy wraz z okostną wgaja się pod płatami nosowemi bocznemi przeginając go po prostu ku dołowi bez skręcenia, tak że powierzchnia skórna patrzy ku tyłowi a ranna ku przodowi.

5. Metoda B. Langenbecka i Olliera naśladując w jednéj części tylko poprzednie metody o ile wgaja się płat paskowy z czoła wzięty pomiędzy płaty boczne z resztek nosa utworzone, zasługuje w drugiéj swéj ważniejszéj części na miano nowéj metody, gdyż tu wytwarzamy zupełnie w oryginalny sposób przez częściową resekcyję kości i wyrostków nosowych nowe rusztowanie kostne, na którém nowo wytworzony nos ma znaleźć podporę.

6. W końcu nie mogę pominąć metody ortopedycznéj, którą z przemijającym skutkiem próbowali Klein, Rust, Dieffenbach i Gałęzowski (senior) usiłując wgoić w jamie nosowéj rusztowanie złote lub ołowiane a to tém

bardziéj, że metoda ta doznała znacznego ulepszenia przez Leisrinka (*Centralblatt f. Chir.*, 1877, Nr. 17), któremu udało się wgoić leciuchne rusztowanie, z bursztynu wyrobione, a jeszcze bardziéj przez Mikulicza (*Gazeta Lekarska*, 1883, str. 429 i 453), który ją zamienił na istotnie ortopedyczną, wykonywając nacięcia blizn tylko podskórnie i przyuczając samych pacyjentów do wprowadzania sobie podpory. Ta ostatnia metoda użyć się daje tylko w przypadkach nosa siodłowatego i to pod warunkiem dobrego utrzymania jego powłok zewnętrznych.

Z poglądu tego wynika, że dosyć mamy metod do wyboru tam, gdzie rozchodzi się o zniesienie oszpecenia skutkiem zapadnięcia się rusztowania kostnego lub téż tegoż wraz z chrzęstném; inaczéj ma się rzecz, gdy stoimy w obec zapadnięcia wywołanego zropieniem saméj tylko chrzęstnéj części rusztowania, przyczém koniec nosa wraz ze skrzydłami zapada się w jamę nosową, gdy korzeń nosa pozostaje w prawidłowym stanie. Dieffenbach (l. c.) tylko pobieżnie rzecz tę traktuje pisząc, że w tych razach wystarcza wewnętrzne blizny, które koniec nosa i skrzydła jego ku jamie nosowéj wciągają, małym nożykiem od strony téj ostatniéj wprowadzonym przecinać i obydwa otwory nosowe skubanką wytamponować. Gdy jednakże najmniejszéj nie ulega kwestyi, że postępowanie takie na razie tylko pomaga w obec powracających po pewnym czasie blizn, gdy nadto u późniejszych autorów nigdzie nie znalazłem postępowania pewniejszy skutek w takich razach zabezpieczającego, nie wiedziałem jak sobie począć w przypadku, który mi się przedstawił z końcem przeszłego roku i dopiero pewna okoliczność naprowadziła mnie na zastosowanie nowego postępowania, które niniejszém szanownym kolegom do oceny przedkładam.

U szesnastoletnéj z Tarnopola przybyłéj żydóweczki R. K., która przez blisko pół roku cierpiała na ropienie w obu przewodach nosowych najprawdopodobniéj skutkiem odziedziczonéj sprawy syfilitycznéj, spostrzegłem, że tylko dolna połowa nosa odpowiadająca jego chrzęstnemu rusztowaniu zapadła się i to tak, że obydwa skrzydła nosowe okazywały podłużne dosyć głębokie i w jamę nosową wciągnięte rowki, które zapadniętą dolną część nosa dzieliły na trzy gałeczkowate wyrostki zatykające prawie zupełnie obydwa otwory nosowe. Nadto widocznym był w górnym końcu prawego rowka otwór wielkości grochu drążący do jamy nosowéj. Górna część nosa odpowiadająca rusztowaniu kostnemu zupełnie prawidłowa. Stosunki te uwydatnia lepiéj niż wszelki opis załączona tu rycina (I).

Zanim się zdecydowałem na wybór metody, za pomocą któréj zapadnięta część nosa miała być podniesioną, postanowiłem przedewszystkiém ów otwór w prawém skrzydle plastycznie załatać a zabierając się do téj czynności nabrałem przy bliższém zbadaniu skrzydeł przekonania, że tu żadna ze znanych metod nie da się użyć już to z powodu bliznowatych zmian w skrzydłach, jużtéż z powodu zapadnięcia samego końca nosa.

Natomiast przyszło mi na myśl, że płat wykrojony z policzka w celu pokrycia otworu mógłby również dobrze być użytym po wycięciu rowka do zastąpienia zbliznowaciałéj istoty zdrową a równocześnie jako podpora powstrzymująca powtórne zapadnięcie nosa.

W dniu 14 grudnia wyciąłem cały prawy rowek wraz z otworkiem a ztąd poprowadziłem cięcia w policzek celem otrzymania podłużnego czworobocznego na 2cm. długiego a na 1cm. szerokiego płata, którego kierunek w pierwszéj



I.

rycinie odznaczyłem a po uwolnieniu skrzydła całego przez nacięcie blizn je przytrzymujących wszyłem płat ów pomiędzy brzegi ranne skrzydła otrzymane po wycięciu rowka. Rana na policzku dała się zupełnie ściągnąć a kształt nosa po prawéj stronie nie pozostawiał nic do życzenia.

Dodać winienem, że po wycięciu rowka i uwolnieniu skrzydła mogłem dopiero w głąb jamy nosowéj zajrzeć wydobywszy poprzód wielką ilość zeschniętego śluzu, przyczém stwierdziłem zupełny brak chrzęstnéj przegrody nosowéj. W dwa tygodnie późniéj wykonałem tę samą operacyję po stronie lewéj a gdy i tutaj płat się przygoił pozostał nos w położeniu prawidłowém ku zupełnemu mojemu a co ważniejsza i pacyjentki zadowoleniu, bo jakkolwiek kształt jego niekoniecznie odpowiadał wymaganiom estetyki, to w każdym razie usuwał przykre oszpecenie o czém przekonywa wierna podobizna z natury wykonana (II).



II.

Jednéj tylko nie mogę pominąć uwagi, mianowicie, że obecnie w kilka tygodni po operacyi nos wydaje się nieco mniéj kształtnym niż bezpośrednio po niéj, a to dla tego, że po wygojeniu płaty się nieco skurczyły, z czego wynika nauka na przyszłość, żeby skóry na płaty nie żałować i zrobić je szerszemi, niżby się to zrazu potrzebném zdawało; choćby bowiem tuż po operacyi nos przez to wydawał się niezgrabnym, nabierze on za to należytego kształtu po przygojeniu się płatów i tém pewniéj zabezpieczymy operowanego od możebności nowego przykurczenia się blizny a w następstwie i zapadnięcia nosa.

II. O szparze środkowéj oka.

Podał Dr. **Konrad Rumszewicz**,
okulista okręgowy w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

W przypadku Van Duysea *(Annales d'oculistique* T. XCL, Janv-Févr. 1884) (1884), dotknięte wadą prawe oko niedowidziało; nieznaczna zezowatość zbieżna. Dokoła tarczy (ku wewnątrz, ku górze i ku zewnątrz) znajdował się szeroki pierścień białkówkowy, w środku zaś jéj głębokie zagłębienie. Początek naczyń siatkówki, w skroniowéj połowie tarczy położony, przykrywały włókna nerwowe, posiadające pochewki rdzenne a skierowane ku plamie żółtéj. Szpara plamy żółtéj przedstawiała się w postaci trójkąta, którego wierzchołek nieregularny zwrócony był ku tarczy i odległy od téjże o 2 średnice. Podstawa trójkąta równała się 3 średn., wysokość $1\frac{3}{4}$, dokoła otaczało go niecałkowite pasemko barwikowe. Obwodowe części plamy miały barwę białawo-żółtą, bardziéj zagłębiony środek był zabarwiony, lecz niejednostajnie, więcéj ku zewnątrz i wewnątrz. Zagłębienie w części zewnętrznéj wskazywało niedomiarowość 1—1,5D, w środkowéj części (w skroniowéj połowie) 4D, badanie zaś skroniowéj okolicy siatkówki w pobliżu tarczy wskazywało refrakcyję miarową. W obrębie szpary znajdowały się rozgałęzienia naczyń (siatkówkowych przeważnie dolnéj skroniowéj żyły i tętnicy), natomiast nie spostrzeżono wcale tylnych naczyń rzęskowych, nosową częścią siatkówki, przy wpatrywaniu się obocznem, oko odróżniało Nr. 6 Snellena. Skroniowa część siatkówki była zupełnie niesprawną, część wewnętrzna ku wewnątrz i ku górze zupełnie była prawidłową. W środku pola widzenia względna przerwa, w kształcie trójkąta, którego kąt tępy oddalony był ku zewnątrz o 15°, ku wewnątrz (w kierunku średnicy pozioméj) o 20°, w pionowym ku górze o 60°, ku dołowi o 17°, drugi zaś ostry kąt przerwy posunięty był o 50° w kierunku południka, położonego na prawo od pionowego o 45°. Lewe oko było zupełnie prawidłowe.

Z powodu tego przypadku Ed. Meyer *(Revue générale d'Ophthalmologie* t. III, str. 155), opisał następujący przypadek: W lewém oku krótkowidzącém, 2,25D, V=1, granice pola widzenia prawidłowe, w górnéj i wewnętrznéj części tegoż przerwa (pionowa średnica 1,5, pozioma 4 cm.). Prawe oko liczy palce na odległość 50 cm.; rozległa przerwa, obejmująca całą wewnętrzną połowę pola widzenia a w części nawet zewnętrzną. W prawém oku w okolicy plamy żółtéj, w lewém ku zewnątrz od téjże, widoczne były plamy jajowate, w kierunku poziomym, barwy błękitnawéj, wyraźnie zarysowane, miejscami barwik zawierające. Lewa równała się $\frac{1}{3}$ średnicy tarczy, prawa była w dwójnasób większą. W obrębie plam widoczne naczynia naczyniówkowe, ku środkowi stopniowo zagłębione. Przypadek ten poprzednio widzieli Graefe i Dor, Ed. Meyer zaś po upływie 15 lat żadnych zgoła zmian nie znalazł.

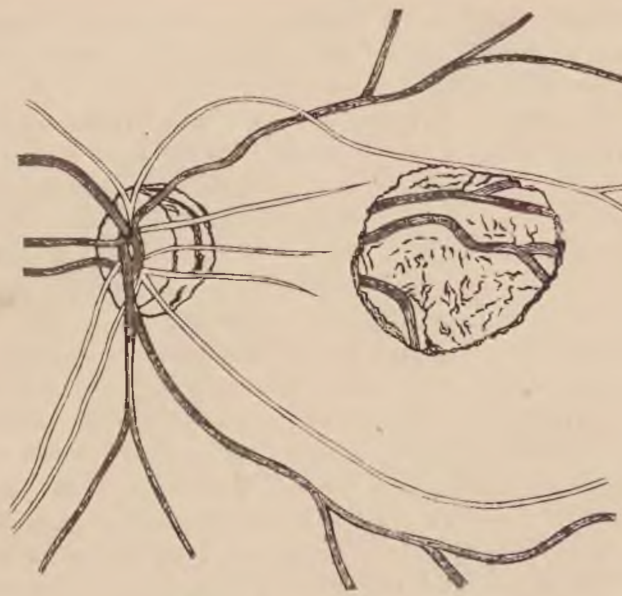
Remak podał następujący przypadek *(Centralblatt f. prakt. Augenheilk.* 1884, September). W prawém oku tarcza w kształcie pionowego owalu posiada ku zewnątrz sierp, otoczony pasemkiem barwikowém; kierunek naczyń siatkówki prawidłowy. O 2 średnice tarczy, w okolicy plamy żółtéj, znajduje się plama barwy miejscami białawo-żółtéj, pionowa jéj średnica = 2, pozioma = 3 średnicom tarczy (w obrębie tarczy niedomiarowość 1D, w wewnętrznéj części szpary 4D); zagłębienie około 1 mm. Dokoła plamy pasemko barwikowe, od którego kierują się ku niéj pasemka, tworząc jakby krzyż, nadto w skroniowéj części plamy znajdowały się dość gęste plamki barwikowe. W obrębie plamy widocznych było 5—6 naczyń naczyniówkowych lub białkówkowych, których ciąg dalszy udało się odnaleźć w niewielu miejscach jako prawidłowych naczyń naczyniówki (przybłonek siatkówki zawierał niewiele barwika). Dość znaczna gałąź górnéj tętnicy tarczowéj przecinała szparę na pograniczu jéj górnéj i środkowéj trzeciéj części, gałąź zaś dolnéj skroniowéj tętnicy przecinała dolny brzeg. Chory odróżniał palce na 12'. W polu widzenia R. znalazł „ścieśnienie obwodowe" i zupełną przerwę środkową, ku górze i ku wewnątrz 10°, ku zewnątrz i ku dołowi 5° i 8° wynoszącą. W lewém oku krótkowidzącém sierp zanikowy ku zewnątrz, bystrość wzroku i pole widzenia prawidłowe.

W drugim przypadku Ed. Meyera *(Revue générale d'ophthalmologie* IV, 4.) (1885) u dziecka 8-letniego prawe oko zupełnie było prawidłowe, lewe liczyło palce na 2 metry, granice pola widzenia prawidłowe, w środku zaś miejsce ślepe na barwy (22° w kierunku poziomym i 14° w pionowym). Rozległa plama w okolicy plamy żółtéj, w postaci owalu, w kierunku ukośnym położonego, odległego od tarczy o $1\frac{1}{2}$ średnicy, długość pozioméj średnicy=$3\frac{1}{2}$—4, pionowéj około 2 średnic. Z wyjątkiem brzegu skroniowego otaczało szparę dokoła pasemko barwikowe, nadto na żółtawém lśniącém tle szpary barwik tworzył liczne plamy i pasemka, natomiast w obrębie jéj brak był zupełny naczyń zarówno siatkówkowych jakotéż i naczyniówkowych.

Sam widziałem dwa przypadki wady.

I. M. S., 24-letni (Przypadek ten opisałem niedawno w *Revue générale d'ophthalmologie* T. IV Nr. 4) (1885) na oczy nigdy nie cierpiał, skarży się, iż od urodzenia źle widzi okiem prawém. W lewém oku niedomiarowość 5 D, z odpowiednią soczewką $V=\frac{20}{20}$, pole widzenia prawidłowe; obok tarczy ku zewnątrz wyraźnie zakreślony sierp zanikowy, którego największa szerokość równa się $\frac{3}{4}$ średnicy tarczy.

W prawém oku (rys. 1) tarcza cokolwiek przedłużona w kierunku pionowym, ku zewnątrz znajduje się sierp, którego największa szerokość równa się $\frac{1}{2}$ średnicy tarczy. Od tarczy sierp oddziela się wyraźnie pasemkiem barwikowém również od dna oka, równolegle zaś z tém pasemkiem spostrzegamy jeszcze jedno w obrębie sierpa, które go na dwie nierówne części dzieli: zewnętrzną mniejszą i wewnętrzną większą bardziéj zagłębioną, jak to wyraźnie wskazuje kierunek przechodzących przez sierp naczyń plamy żółtéj. Naczynia siatkówkowe biorą początek w środku tarczy; godném jest uwagi, iż górna tętnica tarczowa jeszcze w obrębie nerwu wzrokowego dzieli się na trzy grube gałęzie, z których dwie rozgałęziają się w nosowéj połowie siatkówki, daléj iż tętnice dla plamy żółtéj (w liczbie 3) wcale nie mają odpowiednich

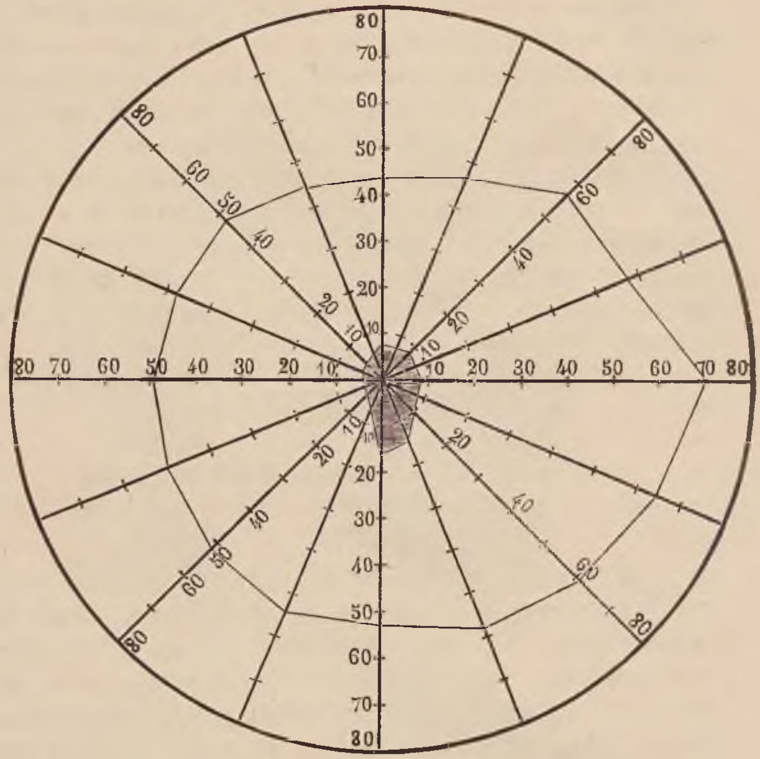


żył. W odległości 2½ średnicy tarczy ku zewnątrz i cokolwiek ku dołowi od téjże spostrzegamy plamę, w kształcie nieprawidłowego owalu, którego najdłuższa średnica = 2½ poprzeczn. średn. tarczy. Plamę otacza pasemko barwikowe najgrubsze w połowie skroniowéj; ku górze, ku wewnątrz i ku dołowi udają się również pasemka barwikowe ku saméj plamie. Barwa plamy lśniąca żółtawo-biała, tu i owdzie znajdują się plamki barwikowe. W dolnéj połowie plamy spostrzegamy dwa naczynia do naczyniówki lub białkówki należące, które w pobliżu brzegu skroniowego plamy dzielą się dwudzielnie; nadto w górnym i wewnętrznym wycinku znajduje się jeszcze łuk naczyniowy. Naczynia te są widoczne tylko w obrębie plamy, nie mogłem widzieć ich przejścia w naczynia naczyniówki, prawdopodobnie z powodu iż prócz okolicy szpary, przybłonek siatkówki wszędzie zawieral bardzo znaczną ilość barwika.

Badanie naczyń w obrębie tarczy położonych wskazało niedomiarowość = 5 D, badanie zaś środka górnego naczynia znajdującego się w dolnéj połowie plamy dowiodło już niedomiarowości = 9 D, zresztą obwodowe części plamy o wiele mniéj były zagłębione. Grubsze naczynia siatkówki dość znacznie są odległe nietylko od saméj plamy, lecz nawet od otaczających ją części siatkówki, tylko dolna skroniowa tętnica przytyka do dolnego brzegu plamy.

Za pomocą obwodowych części siatkówki, chory odróżnia palce w odległości kilku stóp, w środku zaś pola znajdujemy zupełną przerwę ku górze 10°, ku dołowi 17°, ku wewnątrz 4°, jeśli zaś porównamy wielkość przerwy z wielkością saméj plamy, łatwo przekonamy się, iż niesprawną jest stosunkowo tylko nieznaczna część siatkówki w obrębie plamy położonéj (Pole widzenia podałem na rys. 2). Zjawiska podobne znamy i dla szpar dolnego wycinka naczyniówki, w których obrębie siatkówka może być sprawną a pierwociny jéj znajdowano przy badaniach anatomicznych (Schmidt-Rimpler, Talko, Arlt, Manz i Haab; w przypadku zaś szpary wycinka dolnego, opisanym przez Pausego, wada polegała tylko na braku barwika w przybłonku siatkówki).

Tak więc w danym przypadku w obrębie plamy wypada nam przyznać 1) niezupełny brak siatkówki, 2) zupełny lub prawie zupełny brak naczyniówki, z któréj pozostała tylko niewielka ilość barwika, ten zaś zarówno mógł należeć do blaszki ciséj (*lam. fusca)*, co têm bardziéj jest prawdopodobném, ponieważ obecność blaszki téj stwierdzono w przypadku szpary dolnego wycinka, ogłoszonym przez Talkę



i Hoyera *(Klin. Monatsblätter* 1877, str. 431), w którym był zupełny brak innych warstw naczyniówki, przybłonka siatkówki, a w środku brak nawet innych warstw siatkówki. Co się zaś tyczy naczyń położonych w obrębie plamy, to one zarówno do naczyniówki jak do białkówki należeć mogły.

II. T. L. 23-letni szeregowiec; prawe oko zupełnie prawidłowe, w lewém obszerna szpara dolnego wycinka, sięgająca prawie do tarczy. Na rys. 3 przedstawiłem część środkową dna tego oka (w obrazie odwrotnym). Tarcza otoczona



rozległym garbiakiem kręgowym, od którego odgraniczają ją znaczne ilości barwika, garbiak zaś sam otaczało dokoła całkowite pasemko barwikowe. Szpara dolnego wycinka odległą jest od tarczy o jednę jéj średnicę. W okolicy jednak plamy żółtéj również znajdujemy plamę, w kształcie nieregularnego owalu mającego kierunek ukośny a odległego od brzegu sierpa o jednę średnicę. Dłuższa średnica plamy = 3½, najkrótsza = 2 średnicom, środkowa ta szpara jest lśniąco biała, w 4 miejscach na powierzchni jéj znajdujemy plamki barwikowe, brzegi otacza dokoła barwik, naczyń natomiast żadnych nie widzimy, znajdujemy zupełny brak widzenia naośnego, natomiast pola widzenia nie mogłem zbadać, za pomocą perymetru przekonałem się wszakże, iż prócz rozległéj przerwy odpowiadającéj szparze dolnego wycinka, znajdo-

wała się również zupełna przerwa środkowa odpowiadająca szparze środkowéj; na powierzchni równéj średnica téj przerwy wynosiła około 5". Tak więc w przypadku tym mieliśmy dwie szpary: szparę dolnego wycinka i środkową.

Zdaje mi się, iż przytoczyłem wszystkie przypadki, znane dotąd w literaturze. Liczba ich dość jest znaczną, gdyż nie licząc nawet niedokładnego opisu Ammona mamy obecnie 22 spostrzeżeń. Cechy ogólne wady skreślić możemy w następującym krótkim opisie. Najczęściéj znajdujemy ją w prawém oku mianowicie 11 razy[1]), wiemy zaś, iż inne wady rozwojowe znacznie częściéj spostrzegamy w lewém oku. Środkową szparę znajdowano w lewém oku 6 razy, w obu oczach 4 (Schweigger, podając swój przypadek nie wymienia, które oko było dotknięte). W 11 razach spostrzegano mniéj lub więcéj znaczne obniżenie poziomu, które dowodziło zagłębienia białkówki w miejscu odpowiedniém. W jednym przypadku towarzyszył wadzie brak tęczówki, w jednym znów włókna nerwowe zachowały pochewki rdzenne w obrębie siatkówki, jeszcze w dwóch znaleziono resztki błony źrenicznéj z zaćmą warstwową. W dwóch przypadkach tarczę nerwu wzrokowego otaczał dokoła stożek, w pięciu stożków wcale nie było, w 4 znajdowały się one z boku (w téj liczbie 3 razy po stronie skroniowéj), w 3 obok dolnego obwodu, wreszcie widzieliśmy iż w przypadku Montméji szpara przytykała bezpośrednio do saméj tarczy i nie zupełnie nawet dochodziła do plamy żółtéj [2]). Rozmiary szpary od mniejszéj nawet od średnicy tarczy do 2—5 średnic, największe rozmiary miała ona w przypadku Dimmera. Kształt ma szpara najczęściéj podłużnego lub poprzecznego owalu, w jednym przypadku czworoboku, w innym znów trójkąta. Brzegi otaczał zawsze barwik, nawet wtedy gdy poziom plamy wcale nie był obniżony. Daléj, z wyjątkiem jedynego przypadku Montméji, we wszystkich innych znajdowało się pomiędzy brzegiem tarczy a szparą pasemko tkanki naczyniówkowéj, szerokość jego wynosiła $\frac{1}{4}$—$2\frac{1}{2}$ średnic tarczy. W obrębie pasemka naczyniówka była prawidłową, tylko Talko wspomina o zmianach barwika pomiędzy tarczą a szparą. Wreszcie najczęściéj mamy jednę tylko szparę w postaci jednéj plamy, tylko w przypadku Fuchsa ku górze i ku wewnątrz znaleziono jeszcze dwie mniejsze plamy, w jednym zaś przypadku Schnabla, i w jednym z moich znajdowały się równocześnie szpary w dolnym wycinku. (C. d. n.)

III. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

III. Kilka uwag o objawach chorobowych dyfteryi i jéj terapii.

Nie jest wcale moim zamiarem napisanie wyczerpującéj monografii o dyfteryi, dla tego też omówiwszy nieco obszerniéj szczegóły etyjologiczne dyfteryi oraz kwestyję jadu błonicowego, potrącę tylko o niektóre szczegóły z działu symptomatologii błonicy, jakotéż uwydatnię własne poglądy na terapiję téj złowrogiéj choroby, a jako ilustracyję różnych form błonicy i innych zabiegów terapeutycznych, przytoczę kilka ciekawszych, a ściśléj obserwowanych przypadków dyfteryi.

Chociaż niemal wszyscy autorowie piszący o dyfteryi kładą nacisk na zapełnie nietorowy przebieg téj choroby, to przecież ośmielę się zrobić uwagę, że w pewnéj grupie przypadków dyfteryi, odznaczającéj się powolnym lecz bądź co bądź groźnym przebiegiem, spostrzegałem jeden i ten sam niemal typowy przebieg, tak, że z pewną ścisłością mogłem oznaczyć dzień, w którym trzeba będzie przystąpić do wykonania cięcia krtaniowego. Dotyczy to szczególniéj przypadków w których cierpienie szerzy się zwolna zajmując migdałki, połyk i spuszczając się na krtań. W przypadkach tych rozpoczynała się choroba od większego lub mniejszego dreszczu z następową gorączką, przyczém dzieci starsze skarżyły się na ból gardła, a badanie wykazywało zaczerwienienie tegoż i nieznaczny nalot na migdałkach lub tylko ograniczoną, białawo szarawą wypocinę, w postaci jakby ziarnka sera, zazwyczaj umieszczoną po obu stronach. Przez pierwsze 48 godzin zazwyczaj utrzymywała się ona w większym lub mniejszym stopniu, a sprawa wypocinowa zwolna rozszerzała się w połyku. Trzeciego dnia gorączka opadała lub zupełnie ustępowała, a po ukończeniu się trzeciéj doby w przypadkach łagodniejszych wypocina zaczęła się już ograniczać, a nawet złuszczać na brzegach w miejscach najpierw zajętych. W przypadkach złośliwszych w 4tym dniu choroby wypocina złuszczając się w górze szerzyła się ku dołowi, tak, że z końcem 4téj doby sprawiała już lekki kaszel i zachrypnięcie, któreto przypady znamionujące zajęcie krtani potęgowały się w ciągu dnia 5go, tak, że z końcem 5téj doby trwania dyfteryi, lub najdaléj 6go dnia, chcąc zyskać na czasie, trzeba było dokonać cięcia krtaniowego lub téż założywszy ręce bezczynnie przypatrywać się powolnemu konaniu dziecka wśród objawów coraz to bardziéj zwiększającéj się cieśni krtaniowéj i przepełniania krwi kwasem węglowym. — Przypadek tego rodzaju operowany opiszę poniżéj jako ciekawą ilustracyję wielu innych.

Oczywiście, że w przypadkach złośliwych śmierć już następuje z końcem 2giéj doby, lub najdaléj dnia 3go albo 4go, jak również naturalną jest rzeczą, że w przypadkach, w których wypocina dyfterytyczna nie szerzy się ku dołowi, lecz ogranicza, przebieg jest wyraźnie nietorowy, bo począwszy od 4go dnia sprawa przewleka się przez to, że wypocina się już to złuszcza, już to znów odnawia, co trwać może dni 8, a nawet i dłużéj.

I gorączka może różnie przebiegać, z początku jest silną, potém znika zupełnie, lub też od samego początku nie ma jéj wcale, a potém dopiero pojawia się w miarę rozszerzania się sprawy chorobowéj lub zjawiających się powikłań, w przypadkach na końcu szczegółowo opisanych uwydatnię tę sprawę i wykażę, że użycie termometru i w przypadkach dyfteryi jest rzeczą nader cenną, gdyż skoki termometryczne dają nam ważną wskazówkę pod względem rozszerzania się sprawy lub zjawiania się nieprzyjemnych

---

[1]) Remak (l. c.) myli się utrzymując, iż w drugim przypadku Weckera wada znajdowała się w obu oczach. Na str. 595 (l. c.) przedstawił W. wizerunki dna oka w obu oczach, szparę jednakże widzimy tu tylko na rys 13, t. j. na wizerunku dna prawego oka.

[2]) Również myli się Remak, twierdząc, iż w drugim przypadku Weckera „garbiak" środkowy zaczyna się wprost od saméj tarczy. Na wspomnianym już rys. 13 widzimy wyraźnie, iż pomiędzy szparą środkową a otaczającym tarczę sierpem znajduje się pasemko prawidłowéj tkanki naczyniówki, szerokości 1 średnicy tarczy.

powikłań chorobowych. Potęgowanie się gorączki w przypadkach zwłaszcza operowanych z powodu zwężenia krtaniowego, naraża nas na przykre rozczarowania, dowodzi nam bowiem, że operacyja nie będzie uwieńczoną pomyślnym wynikiem, bo choroba daléj się rozszerza i zgubne następstwa sprowadza. Dla tego sumienny lekarz, obok uwzględnienia całego obrazu chorobowego, a szczególniéj wejrzenia chorego, zapasu jego sił żywotnych, będzie również starannie uwzględniał i stopień ciepłoty ciała, oraz jakość tętna.

Tętno zazwyczaj jest przyspieszone i nie przedstawia nic charakterystycznego, ale tętno bardzo przyspieszone i nikłe w chwili zapadu i nagłego obniżenia się temperatury, ostrzega nas o zbliżającym się smutnym wyniku choroby. W przypadkach ogólnego zatrucia tętno staje się raz powolném, to znów przyspieszoném, słabém, przepuszczającém i nieregularném.

Po wiele innych szczegółów z dziedziny symptomatologii błonicy, jakotéż działu anatomo-patologicznego odsyłam czytelników do dzieł specyjalnych omawiających dyfteryję, szczególniéj pióra Oertla, Montiego, Senatora itd., a dotknę jeszcze kwestyi białkomoczu zjawiającego się w przebiegu dyfteryi, któratо sprawa wysuniętą została przez niektóre powagi w świecie lekarskim do znamion niemal rozstrzygających rozpoznanie dyfteryi.—I tak Dr. Unruh (*Jahresbericht für Kinderheilkunde* T., XVII 1881, 2, 3 Heft) twierdzi, że pojawienie się białka w przebiegu błonicy ma znaczenie nader doniosłe, zdradza bowiem chwilę, w któréj następuje już ogólne zakażenie ustroju. Że wielu autorów podaje różne cyfry odsetkowe co do pojawiania się białkomoczu w przebiegu błonicy (jedni 10%, drudzy aż 60%), tłumaczy Unruh niesystematycznością badania moczu, który częstokroć dopiero badamy wówczas, gdy się u chorych pojawiają podejrzane obrzęki wodniste lub wodna puchlina. Na podstawie dokładnego badania 81 przypadków błonicy twierdzi ten autor, że białkomocz zjawia się zawsze u chorych na błonicę, jeżeli odgraniczanie się pokładów dyfterytycznych wymagało więcéj niż dni 6—7, a pojawienie się białka w moczu dowodzi zarazem, że jeżeli dyfteryja miała dotąd znaczenie cierpienia miejscowego, to w chwili pojawienia się białkomoczu cierpienie już stało się ogólném, jednakowoż mimo ogólnego zakażenia ustroju może jeszcze zakończyć się pomyślnie. Moje badania moczu, przedsiębrane we wszystkich ściśléj obserwowanych, a cięższych, przypadkach dyfteryi, wykrywały zazwyczaj białko z początkiem drugiego tygodnia cierpienia, w przypadkach jednak błonicy nader złośliwéj, zgorzelinowéj, nie zawsze dało się białko stwierdzić w moczu, dla tego też zdanie Unruha z pewną modyfikacyją zasługuje na uznanie i zachęcić powinno do troskliwszego badania moczu we wszystkich przypadkach błonicy, zwłaszcza w formach cięższych lub przewlekłych. Możemy zatém przyznać, że z wyjątkiem form złośliwych, z przebiegiem niemal piorunującym, bo niemal w 2 lub 3 dni kończących się śmiercią, w nader przeważnéj ilości przypadków błonicy ogólnéj pojawia się białko i obok innych przypadów przyczynia się do uzasadnienia pojęcia o ogólném zakażeniu ustroju przez tę złowrogą chorobę.

IV.

Zanim przystąpimy do działu, najwięcéj interesującego lekarza praktyka, zwłaszcza zajętego wykonywaniem swojego zawodu w okolicach z pewną predylekcyją nawiedzanych przez błonicę, t. j. do działu terapeutycznego téj choroby, niech mi wolno będzie w kilku słowach skreślić moje zapatrywania na wartość metod leczniczych dotąd w dyfteryi stósowanych. Otóż z góry już muszę uprzedzić szanownych czytelników méj rozprawki, że częstokroć mimo najtroskliwszego leczenia chorych na dyfteryję, mimo sumiennego używania zalecanych środków, a owianych nimbem cudowności, doznałem nader przykrych rozczarowań i z tego powodu jestem w ogóle dalekim od entuzyjazmowania się dla pewnych leków zalecanych przez powagi i niepowagi w świecie lekarskim i należę téż poniekąd do pesymistów pod względem krytycznego oceniania wyników metod leczniczych i środków zachwalanych w dyfteryi. Oczywiście w chorobie, któréj istota dotąd pod wielu względami dla nas jest tajemnicą, trudno żądać leków swoistych, niezawodnych, stłumiających chorobę zaraz w jéj zawiązku lub przecinających dalszy jéj rozwój, a przynajmniéj chroniących ustrój ludzki od złowrogich jéj następstw. Leków takich dotąd nie mamy mimo zapewnień autorów, że takim cudownym lekiem ma być pilokarpin lub papayotyn, resorcyn, sinek rtęci lub kalomel itd. Leków w ogóle zachwalanych, i to zazwyczaj bardzo przesadnie, jako znakomicie działających w przypadkach dyfteryi, mamy takie mnóstwo, że wyliczenie samych tylko nazw zajmie sporo papieru, ale niestety ani jeden z tych przetworów nie jest lekiem swoistym, ani jeden nie rozwija naocznie skutecznéj działalności w złośliwszych przypadkach dyfteryi, która, jak dotąd, mimo skrzętnego roztoczenia całego aparatu leczniczego, zazwyczaj śmiercią się kończy. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

O pierzchnicach płaskich Wilsona. Skreślił Dr. K. Szadek, lekarz ordynający oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu garnizonowym w Kijowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Co do leczenia pierzchnic płaskich istnieje dotąd pomiędzy dermatologami niezgodność w zdaniach. Jedni utożsamiając widocznie pierzchnice płaskie z *lichen ruber acuminatus Hebrae,* za konieczne uważają wewnętrzne podawanie przetworów arsenu, środki zaś zewnętrzne bezskutecznemi tu. być mienią (Hebra, Kaposi, Riehl). Przeciwnie zaś Unna, Neumann, Taylor zadawalają się stosowaniem jedynie środków zewnętrznych. Inni znów uważając stosowanie metody zewnętrznéj za najważniejszy motor, usuwający zmiany chorobowe w pierzchnicach płaskich, nie zaniedbują jednak wewnętrznego stosowania: przetworów arsenu (Fournier, Besnier, Weyl), środków wzmacniających (Wilson), kwasu azotowego (Boeck), środków gorzkich (Vidal) itd.

Arsen najlepiéj podawać w postaci pigułek (po 0,01grm. *acidi arsenicosi*), które zażywają się w dawkach co kilka dni stopniowo zwiększanych. Dla zupełnego wyleczenia choroby niezbędném jest nader długie zadawanie przetworów arsenu, tak np. w przypadku Riehla wyleczenie pierzchnic płaskich nastąpiło dopiero po zażyciu 1000 pigułek azyjatyckich i 52 wstrzykiwaniach podskórnych rozczynu Fowlera.

Ze środków zewnętrznych w *lichen planus* mają zastosowanie następujące: Smarowanie dziegciem części dotkniętych przez kilka tygodni (Taylor), wcieranie mydła, wyskoku mydlanego i wanny dziegciowe (Neumann); smarowanie mięszaniną jodu i dziegcia, tymol (Weyl), rozczyn surnatowy (0,15:30,0 wody) (Wilson), wanny octowe (250grm. na wannę). Besnier widział pomyślne wyniki

przy stosowaniu w maści kwasu pyrogallusowego; Hornkohl radzi wcierać chryzorobinę w stosunku 1:20. Unna zaleca maść Willkinsona z dodatkiem kwasu karbolowego i sublimatu lub też własną maść, złożoną z 0,5—1,0 *Hydr. bichlor. corrosivi, 20,0 Acidi carbolici* i *500,0 Unguenti zinci benzoati*; chorego podczas kuracyi owijać zaleca w kołdry wełniane. Unna utrzymuje, iż stosując metodę wymienioną, osięgał we wszystkich przypadkach pierzchnic płaskich zupełne uzdrowienie w ciągu sześciu tygodni.

Niniejszy artykuł oddany już został do druku, gdy pojawił się artykuł p. Pospelowa z Moskwy: *Zur Casuistik des Lichen ruber planus der äusseren Haut und der Schleimhäute (Viert. f. Dermatol.*, 1885, 3, 4, str. 533—549), w którym opisanych jest 5 nowych przypadków téj choroby z umiejscowieniem na skórze i błonie śluzowéj ust i języka. W swym artykule autor podaje, iż spostrzegał 26 przypadków téj choroby, z których w 6 zmiany chorobowe były też i na błonie śluzowéj ust. Co się tyczy etyjologii choroby, Pospelow oświadcza się stanowczo na korzyść nerwowego pochodzenia pierzchnic płaskich, gdyż u swych chorych spostrzegał bóle głowy, inne nerwobóle, wzniecone odruchy ścięgni, kurcze itd. Zanadto absolutne twierdzenie autora nie wydaje się nam jednak dość uzasadnioném, szczególnie zaś po rozpatrzeniu jego przypadków, na których Pospelow opiera swe zdanie mianowicie co do pochodzenia choroby. Swędzenie w okolicach dotkniętych osutką, jakotéż bóle głowy i kurcze *m. gastrocnemii* u choréj, która przebyła kiłę dość ciężką i przytém z powodu swych zajęć i ciężkiéj pracy narażoną była na częste przeziębienie, wszystkie te objawy nie mogą jeszcze świadczyć o nerwowém pochodzeniu pierzchnicy płaskiéj, spostrzeganéj u choréj (l. c., p. I Fall. str. 537—544), z opisu zaś II, III, IV, V przypadku tegoż autora (l. c. str. 547—549) wcale też nie można wysnuć wniosku o związku pierzchnic płaskich, z jakiemibądź zmianami ustroju nerwowego.

LITERATURA: Wilson: *British medical Journal* 1866. Octob. 13.— *Wien. med. Presse* 1866, 43—44.—Wilson: *On lichen planus. Journal of cutaneous medicine* 1869. III. July.—J. Neumann: *Über eine noch wenig bekannte Hautkrankheit (Dermatitis circumscripta herpetiformis). Viertelj. für Dermatol. und Syphilis* 1875, p. 41—51.—Kaposi: *Wiener med. Presse* 1878, 52.—Henry Fox: *Archives of Dermatolog.* II, 1877. January. *Gior. ital. d. mal veneree e della pelle.* 1877, 5. — Jonathan Hutchinson: *Lectures on clinical surgery* London 1879, I, p. 211, 222 itd.—Crocker: *Lancet* 1881 i 1882. 8 April. — Pospelow: *St. Petersburger med. Wochenschrift* 1881, 44. — Boeck: *Norsk Magazin for Laegervidensk.* 1881, p. 35—38. — Riehl: *Aerztlicher Bericht d. k. k. allgem. Krankenhauses* (1882). Wien 1883, p. 195. — C. Manassei: *Sul licheni ed in specie sul lichene piani.— Annali univers. di medicina e chirurgia.* Milano. CCLXIII, 1883, p. 104—115.—G. Lemoine: *Note sur une variété du lichen plan (Lichen hypertrophique). Annales de dermatologie et de syphilographie* 1883, p. 327—332. — F. Lavergne: *Contribution à l'étude sur le lichen plan.* Thèse. Paris 1883. — P. G. Unna: *Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber. St. Petersburger med. Wochenschrift* 1884, 45—50. — G. Thibierge: *Des lesions de la muqueuse buccale dans e lichen plan. (Annales de dermatologie et de syphilographie* 1885, p. 69—74).—Weyl: *Ziemssens Hautkrankheiten* 1883, I Hälfte.—Unna: l. c. p. 457. — Unna: l. c. Nr. 47. — Héguy: *Etude sur le lichen planus* Thèse. Paris 1880. — Tilbury Fox: *British medic. Jour.* 1880. 13 Mars I, p. 308. — Mackenzie: *Journal of cutaneous and venereal diseases. N. S.* 1885, 4, p. 122—123. — Unna: *Petersburger med. Woch.* 1884, 47, Fall X.—Wilson: *Jour. of cutan. medic.* 1869, July, p. 120, 125, 129, 131.—Crocker: *Monatsh. für pract. Dermatol.* 1882, p. 161.—Pospelow: *Petersb. med. Woch.* 1884, 44.—Neumann: *Anzeiger der k. k. Ges. der Ärzte zu Wien.* 1881, 26. — Koebner: *Berlin. klin. Woch.* 1884, 33. —Thibierge: *Annales de dermatol.* 1885, 2, p. 71 itd.—Hebra: *Acute Exantheme und Hautkrankheiten.* I Band, Erlangen 1862, p. 321.—Tilbury Fox: *Skin. diseases.* 1873, p. 144.—Hutchinson: *Clinical lectures on some rare diseases of the Skin.* London 1876. — Ernst Schwimmer: *Die neuropathischen Dermatonosen.* Wien und Leipzig 1883.—Colcott Fox: *Vierteljahr. für Dermatologie und Syphilis.* 1880, p. 115. — Morris: *Journal of cutaneous and venereal diseases* 1885, 4. p. 123.—Achille Carini: *Erpetismo e trofismo. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.* 1885. Giuglo-Agosto, p. 215. — Unna: *St. Petersburger medizinische Wochenschrift* 1884, p. 477. — Moriz-Kaposi: *Vorlesungen über Hautkrankheiten.* Wien 1881, p. 403. — Fagge: *Three cases of lichen planus. (Medical Times and Gazette.* 1868. 14 March. p. 286. *Guy's Hospital Reports* 1869. *(Archiv für Dermatologie und Syphilis* 1870, p. 632). — Duckworth: *St. Bartholom. Hospital Reports.* VIII, 1872, p. 48; IX. p. 104.—Taylor: *Archiv. of dermatolog.* 1874. *Viertelj. für Dermatologie* 1875, p. 107—108.—Keyes: *Archiv. of dermatology.* 1877. *Gior. ital. d. mal. veneree* 1877 p. 307—308 — Henry Fox: Tamże. — Bronson: *Gior. ital. d mal. veneree* 1877, p. 308.—G. A. Hewitt: *A case of lichen planus. Northwest Lancet. St. Paul.* 1884, p. 233—235.—Bulkley: *Archiv of dermatology.* 1880, VI, p. 146—148. VII, p. 435—137 and 392.—Duhring: *Philadelphia medical Times* 1878, VIII. p. 337.—Hornkohl: *Über Lichen planus Inaug.-Dissert.* Berlin 1883. *Virchow's Jahresberichte pro* 1883. — Tilbury Fox: *Americ. Journal of medical Sciences.* 1873, April p. 480.—Neumann: *Viertelj. für Dermatologie und Syphilis* 1875, p. 44. — *Lehrbuch der Hautkrankeiten.* V Aufl. Wien 1880, p. 313.— Koebner und Weyl: *Ziemssen's Handbuch der Hautkrankheiten* I Hälfte 1883, p. 522. — H. Auspitz: *System der Hautkrankheiten.* Wien 1881, p. 131—133 —E. Vidal et H. Leloir: *Recherches anatomiques sur le liehen plan (C. R. de la Soc. de Biologie* 1883, Mai p. 331). — A. R. Robinson: *Lichen ruber of Hebra and Lichen planus of Wilson. New-York medical Record* 1883, p. 425 and 509.— Weyl: *Bemerkungen zum Lichen planus Deutsche medicinische Wochenschrift* 1885, 36, p. 624—626. —Boeck: *Viertelj. für Dermatologie und Syphilis* 1875, p. 108.—Neumann: *Lehrbuch der Hautkrankheiten* Wien 1880, p. 314. *Vierteljahresschr. für Dermatol.* 1875, p. 51. — Hillairet et Gaucher: *Traité théorique et pratique des maladies de la peau.* Paris 1884, I, p. 569. —Unna: *Monattshefte für practische Dermatologie* 1882, 1. *St. Petersburger medic. Wochenschrift* 1884. 45—50.

Prof. Gerhardt: **O kile mózgowéj.**

Mózg, jak wiadomo, nie tak łatwo ulega chorobom zakaźnym ostrym, opartym na prątkach, a choć w durze powrotnym i w wągliku znajdują się prątki we krwi, nie mamy jednak umiejscowienia się choroby w mózgu. W jednéj tylko kile, według Lustgartena wywołanéj prątkami przez niego odkrytemi, bardzo często przychodzi do ważnych zmian w mózgu. Na pierwszém miejscu i najczęściéj ulegają kiłowym zmianom naczynia w mózgu, a głównie błona wewnętrzna naczyń, tak w zakresie tętnic dogłowowych jakotéż i kręgowych, a zmiany te sprawiają zaburzenia w dziedzinie myślenia, czucia, pamięci, zaburzenia w mowie i te lekkie apoplektyczne napady, jakie zdarzają się w początkowych okresach kiły. Cechuje właśnie kiłę, że sama istota mózgowa prawie nigdy nie bywa kiłą dotkniętą, a nawet kilaki przeważnie usadawiają się na oponach mózgowych, a nie w istocie mózgowéj. Powstawanie zaś ich również od naczyń bierze początek i to przeważnie z opony miękkiéj. Jako moment usposabiający do powstania takich zmian nadmienić trzeba wszelkiego rodzaju obrażenia czaszki, które nieraz mają wpływ na usadowienie się kilaków. Virchow uważa jako miejsce ulubione podstawę mózgu, szczególnie okolice po za skrzyżowaniem się nerwów wzrokowych aż do mostu Varola, a nadto po za mostem około odnóg móżdżku. Rozmaitość objawów w kile mózgowéj zwiększona jest jeszcze przez kilaki kości czaszkowych, zapalenie opony twardéj i rozlane kilakowe zapalenie opon mózgowych. Z 27 przypadków obserwowanych w klinice prof. G. pierwsze objawy kiły mózgowéj wystąpiły u jednego w 3 miesiące po wrzodzie pierwotnym, u innych zaś po 2—5—10 a nawet

i 16 latach. Bez wątpienia po każdéj formie kiły mogą powstać objawy mózgowe, chociaż 2 przypadki przytacza prof. G., gdzie w jednym kiła niepostrzeżenie dostaje się do organizmu, w drugim zaś tylko wytwarza się wrzód pierwotny, wtórorzędnéj kiły wcale nie ma, a dopiero w końcu występuje kiła mózgu. Znaczenia nadmiernéj pracy umysłowéj i przewlekłego zatrucia wyskokiem nie należy lekceważyć, ponieważ one wywołują silny przypływ krwi do głowy, ale daleko ważniejszym momentem usposabiającym są obrażenia czaszki. a na dowód czego podaje prof. G. kilka przypadków z własnéj obserwacyi. Czasem po silnych wzruszeniach powstają pierwsze objawy kiły mózgowéj, jak to prof. G. stwierdził w 3 przypadkach.

Objawy kiły występują w tak rozmaitych postaciach i kombinacyjach, że pewnego przebiegu klinicznego nie podobna jest nakreślić. Zadaniem lekarza powinno być wcześnie rozpoznać kiłę mózgu nawet w tych przypadkach, gdzie chory istnieniu jéj przeczy. Z objawów, które powinny budzić podejrzenie przebytéj kiły, aczkolwiek nie mogą być zawsze jéj dowodem, są: *a)* rozlane zaburzenia mózgowe z charakterem połowiczym; zaburzenia te bywają niekompletne, czegoś im brak i bez wiadoméj przyczyny zmieniają się; daléj *b)* często powtarzające się napady apoplektyczne u młodych ludzi bez wady sercowéj; *c)* porażenia mięśni ocznych, szczególnie opadnienie powiek; *d)* padaczka, która w późniejszym wieku bez powodu powstaje; *e)* padaczka korowa; *f)* porażenie jednéj odnogi; *g)* ostre objawy opuszkowe; *h)* objawy nowotworów, które nie dają się wytłumaczyć istnieniem jednego ogniska. Odpowiednio do częstych zmian kiłowych w naczyniach mamy téż na tém tle powstające napady podobne do apoplektycznych. Właściwy zaś kiłowy udar miąższowy wywołany bywa zwykle przez zakrzep powstający w skutek zapalenia śródtętniczego, zwężającego światło tętnicy. Zwykle napad apoplektyczny poprzedzają zwiastuny w postaci mniejszych napadów, często się powtarzających, ale bez utraty przytomności. Jeżeli apopleksyja rozwinęła się w obrębie tętnicy szyjnéj, mamy wtedy obraz zwykłego porażenia połowiczego, jeżeli zaś w obrębie tętnicy kręgowéj, w takim razie występują objawy opuszkowe. Kilaki są zwykle utworami rozwijającemi się na pewnéj powierzchni. Mogą one sprowadzić najrozmaitsze objawy ze strony kory mózgowéj, porażenia nerwów mózgowych, ale nie dają nam objawów wielkiego nowotworu i tych szalonych bólów głowy, jakie przy glejakach *(glioma)* występują. Jako nowotwory na korze mózgowéj wywołać mogą porażenie jednéj odnogi, formy mięszane padaczki i porażenia połowiczego, a jako nowotwory na podstawie mózgu porażenia po przeciwnéj stronie, obok porażeń mięśni ocznych, opadnięcia powiek, zawroty głowy, jako główny nieraz objaw podawany przez chorego. Przejścia z jednych chorób w drugie nie są rzadkością i tak np. po padaczce w jakiś czas następuje udar mózgowy, albo po dziwnych zaburzeniach w zdolności myślenia, po zaburzeniach pamięci i mowy powstaje nagle udar mózgowy. Skoro tylko z pewnych objawów podejrzywamy kiłę mózgu, powinniśmy skrzętnie szukać dawniejszych jéj zewnętrznych śladów, a utwierdziwszy się w przypuszczeniu należy odrazu energicznie wziąść się do leczenia. Podawać więc codziennie 2—5 gr. jodku potasu, a przytém wcierania z 3—7 grm. maści szaréj. Ta metoda jest najpewniejszą, w poszczególnych zaś razach można ją stosownie do okoliczności zmienić i tak np. w salach szpitalnych wcierania powinny być mniejsze, u tych zaś chorych, którzy mogą po kilka godzin spędzać na wolném powietrzu, można i do 7 grm. szaréj maści bez szkody dla chorego wcierać. *(Berl. klin. Wochenschr.* 1886, Nr. 1).

Dr. J. Surzycki.

Uhthoff: **Uwagi o znaczeniu rozpoznawczém odruchowéj nieruchomości źrenicy.**

Statystyka Moeliego, Thomsena, Siemerlinga wykazała, że na 4000 umysłowo chorych 492 razy istniała odruchowa nieruchomość źrenic po zadziałaniu światła. Najznaczniejszego odsetku dostarczyło porażenie postępowe (85·5%), drugie miejsce zajmuje uwiąd rdzenia pacierzowego (4·25%). Autor niniejszéj pracy, korzystając z innego materyjału, dochodzi do odmiennych rezultatów. Przypadu tego nie znajduje przedewszystkiém nigdy u ludzi zdrowych. Chorych badanych (z oddziału chorób nerwowych prof. Westphala i chorób ocznych kliniki Schoelera) dzieli na dwa działy. Do działu pierwszego zalicza chorych, u których istnieje odruchowa nieruchomość źrenic na światło przy utrzymanéj akomodacyi nie uwzględniając przytém oddziaływania przy zbieżności (zaliczone tu są przypadki, w których na jednêm oku akomodacyja jest porażoną, na drugiém zaś istnieje nieruchomość odruchowa źrenic), do drugiego działu zalicza chorych z porażeniem akomodacyi i odruchową nieruchomością źrenic.

Na podstawie tego materyjału dochodzi do odmiennych rezultatów. Objaw ten występuje w uwiądzie rdzenia w 67·6% przyp., w porażeniu postępowém 8·8%, w kile mózgu i bez przypadów mózgowych 8·1% w stwardnieniu rdzenia pacierzowego 1·4%, Railway-Spine 1·4%; nie wykazano momentu etyjologicznego u 2·2% przypadków. Dodać należy, że w 1/4 części przypadków uwiądu rdzenia pacierzowego obok odruchowéj nieruchomości istnieje niejednakowa szerokość obu źrenic. Statystyka drugiego działu, do którego zaliczono chorych, u których obok braku oddziaływania odruchowego źrenic istniało równoczesne porażenie akomodacyi przedstawia się jak następuje: Brak momentu etyjologicznego w 40% przyp., kiła w 23·3%, uwiąd rdzenia pacierzowego 10%, porażenie postępowe w 6·6%. W największéj ilości przypadków nie wykazano momentu etyjologicznego. Zboczenie to występuje w młodym wieku (między 20 a 30 rokiem) i to u osób, u których często pojawiały się przypady nerwowe, jak bóle głowy, kurcze itd. Drugie miejsce zajmuje kiła i to w okresach dość późnych, bo w 7—8 lat po zakażeniu pierwotném. *(Berliner klin. Wochenschrift* 1886, N. 3, 4).

Dr. Halski.

Breitung (Berlin): **O wrastaniu paznogci.**

Autor od kilku lat miał sposobność obserwować i leczyć wiele przypadków wrastania paznogci a owocem tych studyjów jest właśnie niniejsza praca, która daje młodemu lekarzowi możność zapoznania się dokładniejszego ze sposobami leczenia jednéj z tych chorób, które w klinikach rzadko, w prywatnéj praktyce częściéj się zdarzając, stanowią nieraz o losie młodego adepta sztuki lekarskiéj.

Poprzedziwszy pracę swą krótkiém przypomnieniem anatomicznych i fizyjologicznych stosunków paznogci do ich łożyska zwraca uwagę, że t. zw. *onyxis* trzeba ściśle odróżnić od *onychii*; bo podczas gdy ostatnia występuje równie dobrze na palcach rąk jak i nóg, pierwsza jest chorobą właściwą prawie wyłącznie wielkiemu palcowi nogi i to według Bardelebena i autora samego na stronie zewnętrznéj tegoż palca; według innych na obu stronach.

Śledząc przebieg sprawy chorobowéj, widzimy zwykle z początku w otoczeniu brzegu paznogcia obrzmienie, zaczer-

wienienie i napięcie skóry. Z części miękkich wydziela się ciecz surowicza a podniesiona skóra pokrywa w części paznogieć, przyczém ból tak się wśród tego czasu wzmaga, że chodzenie staje się prawie niemożliwém. Badanie dokładniejsze wykazuje, że przednia część brzegu paznogcia tkwi we wrzodziejących częściach miękkich a szara gębczasta ziarnina pokrywa paznogieć na większéj przestrzeni. Z ziarniny wydziela się ciecz posokowata, silnie cuchnąca. W cięźkich zaniedbanych przypadkach może nawet przyjść do zapalenia okostny. Przyczyny powstania téj choroby szukają w częściach miękkich, twierdząc, że te, zostając przyciśnięte do paznogcia, ulegają najpierw schorzeniu a ma się do tego przyczyniać za krótkie obcinanie paznogci, zwłaszcza na brzegach; drudzy, jak np. Rust, upatrują przyczyny choroby w zmienionéj czynności samego łożyska, skutkiem czego paznogieć staje się szerszy a naturalnie są i tacy, a tych ostatnich jest najwięcéj, którzy ani jednéj ani drugiéj teoryi nie są zwolennikami i chorobę tę uważają za wypływ rozmaitych czynników. Jeżeli uważa się na ustawienie palców u noworodka, to widzimy, że podczas gdy inne palce zwrócone są na bok, palec wielki zwrócony jest prawie zawsze ku środkowi. Podobne ułożenie palca wielkiego znajduje się u ludzi, którzy chodzą boso, np. u murzynów, pastuchów włoskich. U narodów oświeconych prawie stale palec wielki zwraca się równocześnie z rozwojem nogi na bok. Trzeba zatém przypuścić, że ważną pod tym względem rolę odgrywa noszenie obuwia; choć są okoliczności przemawiające za tém, że i sam rozwój nogi do tego zboczenia palca wielkiego przyczynia się i tak np. angielski szewc Dowie twierdzi, że linija wewnętrzna stopy u dzieci jest wklęsła, u dorosłych prosta, u starców nawet wypukła. Każdy może się o tém łatwo przekonać równie jak i o tém, że i położenie paznogcia zmienia się tak, że oś podłużna paznogcia z osią podłużną palca wielkiego tworzy kąt mniéj lub więcéj ostry. Wszystkich tych zmian nie napotykamy jednak u ludzi nieużywających obuwia; jeżeli więc obuwie jest przyczyną zboczenia palca wielkiego na zewnątrz a to zboczenie przyczyną onyksys, to z tego wynika, że schorzenie to jest skutkiem mechanicznéj siły i chorobą mody, jak bruzdy wątroby skutkiem ucisku sznurówki, a mechanizm jego powstania tłumaczy się w ten sposób: Palec wielki znajduje się jakby w kleszczach i podczas gdy na brzegu dośrodkowym ciśnie but, małe palce cisną na jego brzeg wewnętrzny, przyciskając części miękkie do paznogcia. Jeżeli but ciśnie na górny koniec dośrodkowego brzegu, wtedy i cały paznogieć zmienia swój kierunek ale zawsze rośnie w kierunku podłużnym swéj osi. Jeżeli paznogieć wrastający wydaje się szerszym, to polega to tylko na złudzeniu optycznėm; bo biały paznogieć na zaczerwienionėm tle części miękkich musi się wydawać szerszym według znanych prawideł optycznych.

Co się tyczy terapii, to nie ulega wątpliwości, że w pierwszym okresie mogą pomódz łagodne środki, jak okłady z wody gulardowéj, podkladanie wełnianéj nitki pod paznogieć, zeskrobywanie środkowéj części paznogcia szkłem, podkładanie płytki ołowianéj, obcinanie wklęsłe itd.; w dalszym okresie jedynie zabieg operacyjny może być skutecznym. Pośród wielu innych metod najwięcéj upowszechniła się metoda Dupuytrena, w ten sposób jednak zmodyfikowana, że nietylko paznogieć oddalamy ale i część skóry przykrywającéj korzeń paznogcia. Naturalnie ta metoda byłaby najlepszą, która w jak najkrótszym czasie prowadzi do celu nie odrywając chorego na dłuższy czas od obowiązków swego powołania. Do tego ma właśnie pretensyję metoda Stoquarda, ogłoszona w *Journal de med. de Bruxelles* w sierpniu 1885. Oprócz zdjęcia paznogcia najważniejszym aktem operacyi jest przecięcie skóry w bruździe paznogcia aż do korzenia. Narkoza lokalna za pomocą rozpylanego eteru czyni tę operacyję prawie zupełnie niebolesną. wzrost paznogcia zostaje utrzymanym a recydywy nigdy nie występują. Cięcie najlepiéj wykonywa się od dośrodkowego naturalnie równolegle do tylnego brzegu a zatém na poprzek palca. Po operacyi główną uwagę zwracać należy na odpowiednie pończochy i obuwie a za najlepsze pod tym względem obuwie uważa autor trzewiki Starckego. (*Deutsche Medizinal Zeitung*, 1885, Nr. 104). *Dr. Otto.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω W ostatnich czasach pojawił się w handlu nowy środek dezinfekcyjny **Naftol** tak zwany **„bezwonny (odorless)"**. — Środek ten ma posiadać, według prac ogłoszonych w *Pharmaceut. Post* 1885, Nr. 46, w *Amerikanische Bierbrauer*, w *Repert. f. anal. Chemie*, w *D. chem. Ztg.* 1886, Nr. 2, znakomite własności dezinfekcyjne, przewyższające pod wieloma względami karbol, tymol i inne fenole. Rozczyn naftolu 1:550 wody odpowiada w zupełności co do własności dezinfekcyjnych rozczynowi wodnemu kwasu karbolowego 1:40 Naftol bezwonny nie jest trującym, nie niszczy żadnych tkanin sztucznych, ani zwierzęcych ani roślinnych, również nie niszczy barwików, daléj nie ulega rozkładowi przez gazy, wydobywające się z części gniciu podlegających (jak się to rzecz ma z rozczynami soli metalowych) Naftol bezwonny posiada woń słabo aromatyczną, nie jest jednak w stanie wonią swą przygluszyć woni ciał gnijących.

Ω Przeciw **kokluszowi** poleca Keatling:

Rp. Ammonii bromati
Kali bromati
Tinct. Belladonnae āā 4·0,
Glycerini 30·0,
Aq. rosarum q. s. ad 120.0.
S. Do wziewania.

Płynu tego miesza się łyżkę stołową z łyżką słabego rozczynu kwasu karbolowego, i stosuje się wziewania 4—6 razy dziennie. (*Allg. med. C. Ztg.* 1886, Nr. 6).

Ω **Prątki w banknotach.** Przed niedawnym czasem ogłoszono spostrzeżenia nad bakteryjami, znajdującemi się na powierzchni monet. W jednym z ostatnich numerów *Science de Nature* znajdujemy pracę zatytułowaną: *„La flore des Billets de Banque"* przez Dra Scharschmidta. Dr. S. badał głównie banknoty rosyjskie i austryjackie. Banknoty te pokryte były warstwą złożoną z ziarnek skrobi, cząstek różnych włókien, włosów i łusek Czasopismo wzmiankowane podaje obraz części banknotu przy powiększeniu 900. Przy powiększeniu tém widzimy pomiędzy podściółką wyż opisaną mnóstwo laseczników uczlonkowanych, daléj *Bacterium termo*, drobne koki różnego rodzaju i różnéj wielkości, ładnie rozwinięte komórki drożdżowe, Leptothrix, nitkowate bakteryje, a także i drobne wodorosty, znajdujące się na monetach i już dawniéj opisane.

Ω **Ciekawy przypadek zatrucia ołowiem.** Pewien lekarz cieszący się wielką praktyką, został wezwany do dziecka w zamożnym domu, które od dłuższego czasu cierpiało na mocne kolki. Od dawna szukano pomocy u lekarza domowego i u innych do narad wzywanych. Lekarz zauważył dziwne sinawe zabarwienie skóry dziecka i ciągłe ruchy odnóg, znamionujące silne bóle w trzewach. Nie mogąc znaleźć podsta-

wy do wytłumaczenia tych objawów przy badaniu, zwrócił uwagę na mamkę. Istotnie badanie dało wynik dodatni: mamka dziecka używała od dłuższego czasu bielidła ołowiowego na twarz i ztąd jedynie możliwy powód zatrucia. (*Allg. med. C. Ztg.* 1886, Nr. 6).

○ **Zastępno jodoformu.** Postępom chemii syntetycznéj zawdzięczamy dodatek do szeregu znanych miejscowych środków antyseptycznych, który jeżeli przy dalszych próbach usprawiedliwi przyrzeczenia wynalazców, zagrozi stanowisku zajmowanemu przez jodoform. Istotą, o któréj mowa jest jodol, ciemny proszek otrzymany z *Ol. animale Dippeli.* Posiada on jedynie słaby zapach, rozpuszcza się w 3 cz. bezwzględnego wyskoku a dopiero w 5.000 cz. wody. Przeszło 200 spostrzeżeń w różnych chorobach robiono co do tego środka w król. chirurgicznym Zakładzie w Rzymie. Używano samego czystego jodolu lub zawieszonego w glicerynie albo rozpuszczonego w wyskoku z gliceryną lub jako maści. Szankry czyszczono wodą destylowaną, starannie obsuszano i posypywano proszkiem jodolu, na który przychodził *silk protective* a opatrunek ten zmieniano codziennie. Po sześciu dniach dno szankrów okazywało ziarninę a brzegi ślady poczynającego bliznowacenia. Podobne leczenie stosowano w przypadkach otwartych dymienic, które rychło poczynały okazywać zdrowe wejrzenie i wkrótce się goiły. W wielu razach zwykłych opornych wrzodów jodol okazywał się także cennym, gdyż charakter wrzodu zmieniał się po kilkakrotném zastosowaniu. Ani róży ani błonicy nie uważano nigdy w przypadkach leczonych jodolem. (*The Lancet.* 1886. I. Nr. 2).

○ **Wstrzykiwania do płuc.** W szpitalném Towarzystwie paryskiém miała niedawno miejsce rozprawa głównie między Gugenheimem a Dieulafoyem o korzyściach przeciwgnilnych wstrzykiwań do tkanki płuc w przypadkach gruźlicy. Gugenheim wstrzykiwał dwuchlorek rtęci w 33 przypadkach posuniętéj już gruźlicy a nastawało znaczne polepszenie, jak opóźnienie w utracie ciała i zmniejszenie się wykrztuszenia. Dieulafoy z drugiéj strony czynił w r. 1881 wstrzykiwania z roztworu karbolowego barwiąc go koszenilą, przez co mógł się zapewnić przez oglądanie plwocin, że środek przeciwgnilny dostał się do jamy. Przekonał się jednak, że chorzy cierpieli znaczny ból po wstrzykiwaniach i że nienastawał żaden pomyślny skutek, tak iż wkrótce porzucił to leczenie. (*The Lancet.* 1886. I. Nr. 5).

○ **Okres wylęgania w ospie.** Prof. Eichhorst z Zurychu podaje opis 3 przypadków, w których wybitnie ujawniać się zdaje okres wylęgania w ospie, a w każdym przypadku zdaje się, iż czas ten trwał nieco dłużéj niż 9 dni. Pierwszy przypadek dotyczył Dra Kuhna, który przybył do Zurychu celem odwiedzenia ojca chorego na ospę. Aż do czasu widzenia ojca Dr. Kuhn nie stykał się z ospą a widział ojca w dniu 20 paźdz. o 9 przed połud. przez 3 minuty nie dotykając się chorego a mimo to i mimo przeprowadzenia jak tylko można dokładnego odwietrzenia syn zapadł 29 paźdz. czyli w 9 dni po zarażeniu się. Dwa inne przypadki dotyczyły studentów medycyny w szpitalach ospowych Obaj byli szczepieni powtórnie bez skutku, jeden na 3 tygodnie przed zarażeniem się. W każdym przypadku choroby w kilka godzin po 9 dniach od zarażenia się pojawiła się choroba. — Prof. Eichhorst podaje, iż leczył przeszło 300 przypadków ospy w ciągu ostatnich 2 lat, ale w żadnym innym, prócz powyżéj wspomnianych, nie zdołał z pewnością oznaczyć trwania okresu wylęgania, zwykle oznaczają go na 12—14 dni a chociaż istnieć mogą wahania, to wszelkie spostrzeżenia, które dopuszczają wątpliwości, nie zasługują na wiarę. (*The Lancet*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

VII zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 17 października 1885 r.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 30. Koll. Drowie Serkowski, Wodyński i Wehr, nadto pp. Drowie Tyniecki Witkowski i Stanecki jako goście.

1) Kol. Ziembicki przedstawia chorą z aktynomykozą szczęki dolnéj po stronie prawéj. Kobieta lat 22 licząca, przybyła przed kilkoma dniami do szpitala, a na pierwszy rzut oka przedstawia się tak, jakoby dotknięta była przetoką zęba trzonowego. Od 2 lat chora skarżyła się na ból zęba trzonowego dolnego prawego 2go. Od 5 miesięcy utworzył się guz na dziąsłach w okolicy pomienionego zęba, który zaczął się rozrastać i przeszedł na prawy policzek. Bolesność była mała. Obecnie obrzęk sięgający od dolnego brzegu szczęki dolnéj ku górze, mniéj więcéj do kości licowéj, niebolesny, sinawy, okazuje 7—8 ognisk ropnych, jeszcze nieotwartych z bardzo już ścieńczałą skórą. Policzek w całéj swéj grubości zajęty. Gruczoły limfatyczne sąsiednie nieobrzmiałe, kość i okostna na pozór zdrowe. Zębodół 2go zęba trzon. dolnego prawego zajęty korzeniami zęba po nieudanéj ekstrakcyi. Anamneza wykazuje jeszcze, że chora jest zajęta na wsi przy gospodarstwie i opiekuje się krowami, które miały chorować na wąglik. Wykluczywszy przetoki zębowe, daléj zap. okostny, wykluczywszy wreszcie nowotwory i gruźlicę skóry, kol. Ziembicki wpadł na myśl, czy to nie jest sprawa chorobowa, wywołana grzybkiem promienistym i istotnie w ropie napotykano charakterystyczne grudki, które badane drobnowidowo wykazały obecność grzybka promienistego. Nad procesem chorobowym nie zastanawia się kol. Ziembicki, przypomina tylko kolegom niektóre szczegóły, zeszłego roku bowiem miał o téj sprawie odczyt kol. Wiktor.

Kol. Wodyński okazuje odpowiednie preparaty mikroskopowe z tego przypadku.

Dyskusyję nad tym przypadkiem, ponieważ nie była zapowiedzianą, odkłada Przewodniczący do następnego posiedzenia.

2) Kol. Schattauer, zamiast dwóch chorych po laparotomii, przedstawia tylko jednego, drugiego zaś, który z powodu niedyspozycyi nie mógł przybyć, opowiada historyję choroby, która jest pokrótce następująca: Dziecko płci żeńskiéj $^2/_3$ roku liczące zachorowało nagle, wystąpiły objawy wymiotów, morzyska, nareszcie krwawe stolce i szybki upadek sił. Kol. Kniaziołucki wezwany do owego chorego dziecka, wymacawszy guz podłużny w brzuchu, który się zwolna powiększał, rozpoznał wpochwienie. Ponieważ upadek sił wzmagał się, przypady były groźne i wpochwienie po każdym napadzie wymiotów wzmagało się, wezwano przeto kol. Schattauera na naradę, na któréj uradzono wykonanie laparotomii, którą tego samego dnia wykonano. Po otwarciu jamy brzusznéj stwierdzono wpochwienie jelita biodrowego i kątnicy w kiszkę grubą 13 cm. długie. Wpochwienie usunięto, ranę brzuszną zaszyto i opatrzono, i zaraz potém ustąpiły wymioty i morzysko i tylko następnego dnia był jeszcze jeden krwawy stolec, poczém bez wielkich przypadów gorączki po 8miu dniach dziecko było zupełnie zdrowém. Drugi przypadek dotyczy chłopca siedmioletniego, u którego według opowiadania ojca zauważono w drugiéj połowie pierwszego roku życia zwiększanie się brzucha. Chłopiec ten w czasie przyjęcia w lipcu br. do zakładu, okazywał obok wielkiego wychudnienia ciała, powiększenie brzucha takich rozmiarów, że siedząc nie mógł go rękami objąć. Obwód ciała pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem wynosił 1 metr., poniżéj pępka przeszło 80 cm. Od lewego 2go żebra, aż do obu jam biodrowych było zupełne stłumienie, tylko na małym obszarze poniżéj podżebrza prawego wypuk bębenkowy. Kolosalny ten obrzęk okazywał we wszystkich kierunkach wyraźne chełbotanie. Po nakłóciu wypuszczono przeszło jedenaście litrów płynu, lekko krwawo zabarwionego, w którymto płynie wykazał kol. Wiktor ślady mocznika i fosforanów nadto cholostearynę, paralbumin, ciałka białe i czerwone krwi i kuleczki tłuszczu. Na téj podstawie rozpoznano *Hydronephrosis sinistra congenita.* Z powodu prawidłowego składu moczu, tudzież, że po punkcyi, można było dokładnie wymacać nerkę prawą prawidłowych rozmiarów, wykonano d. 10 lipca rb. ne-

frektomiję: Cięcie w ścianie brzusznéj wykonał kol. Sch. po stronie lewéj z przodu od 10 żebra na kilka palców na wewnątrz od *spina anterior* i *super. ilei* około 20 cm. długie. Po przecięciu warstw mięsnych, otwarto w dolnéj części rany otrzewnę w długości 2 cm., przyczém stwierdzono, że otwór ten znajdował się tuż obok fałdu przejściowego otrzewny ściennéj przedniéj na tylną. Zeszyto otwór w otrzewnie i na zewnątrz od fałdu odsłonięto torbiel, poczém tenże dosyć łatwo wyjęto. Po podwiązaniu moczowodu, wyłuszczono torbiel a od tyłu znajdujące się dwie żyły nerkowe, grubości palca wskazującego, podwiązano resztę zaś szypułki, w któréj znajdowała się tętnica nerkowa, musiano podwiązać *en masse*, ponieważ w téj chwili tętno i oddychanie ustały. Operacyi szybko dokończono, przedrenowawszy jamę. Przebieg pooperacyjny był dosyć ciężki z powodu wielkiego wycieńczenia chorego. Gorączka dochodziła do 39° a tętno utrzymywało się pomiędzy 132 do 160 na minutę. Moczu oddawał chory 200 do 300 gramów, zawierającego białko. Po tygodniu wystąpiły *Anasarca* i *Ascites*, a na domiar wszystkiego przyplątała się *Gastroenteritis*. Nadto z powodu ropienia z podwiązanéj szypułki trzeba było wykonać przeciwotwór od tyłu. Po trzech tygodniowych zabiegach zaczął chory powoli przychodzić do siebie, przyczém wkrótce ropienie zmniejszyło się i rana po odejściu kilku ligatur zasklepiła się. Obecnie chory znakomicie wygląda. Brzuch prawidłowych rozmiarów, tylko jeszcze łuki żebrowe przedstawiają wyraźne rozszerzenie. Mocz odchodzi w prawidłowéj ilości (800—900gr.) i prawidłowego składu Kol. Schattauer przedstawia wyjęty torbiel skurczony wprawdzie znacznie, bo przechowuje go w spirytusie, lecz jeszcze i tak przechodzący wielkością swoją duży pęcherz moczowy dorosłego człowieka. Co do genezy sądzi kol. Sch., że to wada wrodzona: zresztą uczepienie wysokie ureteru zupełnie drożnego dało prawdopodobnie powód do powstania hydronefrozy tak olbrzymich rozmiarów. Na wewnętrznéj gładkiéj powierzchni preparatu widać 8 dołkowatych zagłębień wielkości 4-centówki, jako ślad rozszerzonych kielichów, a na wewnątrz od tychże napotyka się cienką blaszkę, będącą resztką utkania nerkowego. Kol. S. nadmienia jeszcze, że dotąd, o ile czytał w literaturze, operowano cztery przypadki hydronefrozy, a przedstawiony i opowiedziany przypadek byłby piątym. Tamte jednak cztery były operowane *per laparotomiam* z przecięciem otrzewny, co dopiero opisany przypadek jest pod tym względem unikatem, że jest operowany *per laparotomiam* lecz bez nadwerężenia otrzewny, t. j. ekstraperitonealnie. (Dok. nast.).

VI. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

III.

W olbrzymim azyjatyckim ustroju Persyja charakterem swéj sytuacyi topograficznéj odrazu zwraca na siebie uwagę turysty. Położona między 27 i 40° szerokości, 42 i 54° długości, przedstawia paralelogram o bokach nierównych, porozrywanych od północy wciskającym się w jéj granice sąsiadem, od zachodu zaś na całéj linii od podnóża Araratu aż do łożyska rzeki Dżumus zaznaczony potężnemi górskiemi łańcuchami. Wreszcie ze zwrotem na południo-wschód podstawa paralelogramu zwęża się i biegnie wzdłuż wybrzeży wschodnich zatoki perskiéj aż ku granicom Beludżystanu, od którego jest oddzieloną wydatném górskiém pasmem, należącém jednak do innego już systemu orograficznego. Od zachodu w całym biegu swéj linii granicznéj kraj dominuje nad powierzchnią dawnéj Armenii, dzisiejszym Kurdystanem i arabistańskim Irakiem, zniża się stopniowo w kierunku wschodnim, pozwalając na wytworzenie obszernych i licznych kotlin, nadających całym przestrzeniom szczególnie charakterystyczny i powabny wyraz. Ku południowym granicom Morza Kaspijskiego i kotlinie przedzielającéj Persyję od Turkestanu i Afganistanu zniżanie się to powierzchni jest daleko znaczniejsze, obejmujące cały wschodni pas Khorosanu i tam też wytwarzające nie już suche kotliny ale i przestrzenie, pokryte bagnami lub zbiornikami wód zwanych jeziorami słonemi (Tuz-czelin). Tento charakter miejscowości przeważnie górzystéj od północy i zachodu, zniżającéj się i bardziéj płaskiéj na południo-wschód, w środku posiadającéj doliny rozległe na setki kilometrów, będąc przyczyną podziału i kierunku licznych tu wstęg wodnych, wpływa też stanowczo i na jakość warunków klimatycznych, nieprzedstawiających właściwego typu, a tylko zależnych od geograficznego położenia okolicy i jéj powierzchni górzystéj lub płaskiéj, suchéj czy też obfitującéj w większy zasób wilgoci posiadającéj zarost drzew górnopędnych lub pozbawionéj takowego. Dzięki takiéj sytuacyi przedstawiają się dwa ciekawe fakty, spad rzek i strumieni perskich ku arabistańskiemu Irakowi i coroczne przesiedlanie się plemion perskich z jednéj strony w drugą. Na pozór zwykłą tę i nic nieznaczącą okoliczność winien uwzględnić higijenista. Onato bowiem sprzyja i podnosi stopień wilgoci w prowincyjach tureckich graniczących z Persyją; a niemniéj też w skutek wędrówki rozmaitych plemion, jednych z Lurystanu przenoszących się do Iraku na czas jesieni i zimy, drugich dążących z okolic Ispahanu, Khorozanu, Kom i Kaszanu, aby przepędzić porę upałów na stanowiskach opuszczonych przez Kurdów, sprzyjają przenoszeniu się chorób zakaźnych z okolic, gdzie one panują nagminnie, do innych punktów często nawet dość oddalonych. Większa ilość rzek perskich ma swe źródła w skłonach pasm górskich, nigdy ich jednak nie przebiegając w całości. Najczęściéj po kilkunastu kilometrach swego przebiegu wstęga wodna wnika w obszerne doliny i gdy tylko te ostatnie są pozbawione obrony naturalnéj, jaką stanowią górskie formacyje, tam łatwiejsze wystąpienie rzeki z jéj łoża, natura gruntu przeważnie gliniastego, sprzyjają natychmiast wytwarzaniu się stawów, których woda nie mogąc być łatwo wessaną, ani też nie mając odpływu, wkrótce przeobraża całą miejscowość w obszerne stawowe łany, po kilku latach stające się bagniskiem. Daléj każda z rzek rozdzielać się zwykła na liczne ramiona, niebiegnące jednak nigdy jednem stałem łożyskiem. Tam też, gdzie występuje ten hydrograficzny charakter, główną wstęgę otacza prawdziwa sieć jego napływników i wtedy przestrzenie takie są zwykle bagniskami, niedostępnemi dla przechodnia. Miejscowości takich, słusznie uważanych za posiadające najgorsze warunki klimatyczne, jest kilka w Persyi. Z ich liczby najbardziéj wsławionemi są następujące: Cała okolica wschodnio-południowa jeziora Ourun w pobliżu Tebryzu; przestrzeń stepowa zwana Monghan, wnikająca swym kątem w prowincyje kaukaskie Karabag i Szyrwan i granicząca z prawobrzeżném porzeczem rzeki Arras; całe wybrzeże wschodnio-południowe Morza Kaspijskiego od granicy posiadłości rosyjskich, zaznaczonych tu rzeką Aslar, wzdłuż prowincyj perskich Ginlan i Mazanderan aż do zachodniego zalomu wybrzeża morskiego, zaznaczającego stepy Turkestanu. Na całéj téj obszernéj przestrzeni okolice miasta Reszt z zatoką w pobliżu leżącą, zwaną przez samych Persów „wodą martwą" (Mourd aw), są słynne ze swego zabójczego klimatu, którego przyczynę znajdujemy właśnie w obszernych bagniskach, których natury nie zmienia nawet szeroka i o szybkich nurtach rzeka Sefid-Rud. Minąwszy perski Lurystan daléj na południu spotykamy inną sieć rzeczną, cytowaną już w starożytności i rozpościerającą swe ramiona nad całą okolicą dzisiejszych miast Dyzfulu i Szusteru. Ze wszystkich

zaś bagnisk, które zacytowałem, miejscowość, gdzie dawniéj wznosiło się miasto Suza, przedstawia dziś najfatalniejsze warunki klimatyczne. Tutaj dwa potężne zbiorniki wodne rzeki Kerkha i Karun, ściśnięte od zachodu i wschodu dość wydatnemi pasmami wzgórz lecz biegnące po bardzo obszernéj równéj powierzchni, rozdzielają się na niezliczoną ilość kanałów i ramion wytwarzając tyleż ognisk sprzyjających rozwojowi zabójczych zaduchów. Natura téż sama skąpo obdarzyła tę okolicę swemi darami. Wszędzie bagna, mało zieleni i tylko gdzieniegdzie występujące okazy *Zyryphus totus*, stanowią tu całe prawie bogactwo roślinne.

Postępując za kierunkiem dwóch wspomnianych rzek i przenikając do perskiego Arabistanu, mamy przed sobą olbrzymią przestrzeń, tu i owdzie tylko zaznaczoną jakąś osadą, również obfitującą w bagna, dobiegające aż do północnych wybrzeży perskiéj zatoki. Jestto miejscowość rywalizująca niejako o gorszość warunków sanitarnych z okolicami Dyzfulu i różniąca się tylko od nich większemi obszarami swych bagnisk, morderczo oddziaływających na zdrowie nielicznych tu wprawdzie mieszkańców. I tylko Arabowie z pokoleń Teszab, Ben-i-Lam i Mohamet, podobni bardziéj do zwierząt wodnych, aniżeli istot ludzkich, osiedlają się przy bagniskach, żyją i nurzają się w nich, lecz téż podobnie jak liczne tu i nielitościwe dla przybysza owady giną setkami.

Wreszcie zwrotem na wschód dochodzimy do poważnych rozgałęzień się Szat el-araby, w pośród których ustaliło się miasto Mohamera, a nieco wyżéj Darak, ważne ze względu na międzynarodowe stosunki kwarantanowe, lecz też i słynne ze swych brudów i najnieznośniejszego klimatu.

Z wyjątkiem nieco błotnistych okolic po nad wybrzeżami perskiéj zatoki aż do Bender-buszyru, na całéj dalszéj przestrzeni ku granicom Beludżystanu, miejscowość jest wolną od tych ognisk szkodliwych zdrowiu mieszkańców. Lecz zwrot na północo-wschód. doprowadzając nas do okolic Khorosanu, równych, zamkniętych dwiema ścianami znacznych górskich formacyj, obfitujących w przeważny zasób wilgoci, zapewni nas znowu o nieszczególnych warunkach klimatycznych, tych uświęconych perskim fanatyzmem miejscowości. Jakkolwiek i ta okolica jest poszarpaną nieznacznemi pagórkami, poprzedzielaną obszernemi dolinami z tu i owdzie występującym zarostem drzew górnopędnych, przedstawia jednak dwa tylko punkty, na które powinna być zwróconą uwaga higijenisty. Na przestrzeni wzdłuż granicy perskiego Khorosanu i prowincyjami Beludżystanu i Afganistanu, gdzie rozciągają się bardzo znaczne bagniska zwane Hamun, i daléj na północo-zachód, pominąwszy już stolicę Khorozanu, miasto Meszed, spotykamy inny łan bagnisk, łącznie z pogranicznemi wystarczających do policzenia i téj prowincyi do rzędu miejscowości, gdzie warunki zdrowotne pozostawiają bardzo wiele do życzenia. Tutajto bowiem prócz już naturalnych ognisk wytwarzających wyziewy zimnicze i do pewnego stopnia sprzyjających rozwojowi chorób zakaźnych sami mieszkańcy przyczyniają się bardzo do pogorszenia swéj sytuacyi. Okolice Meszedu i samo miasto ze wspaniałym grobowcem Imama Ryza jestto ziemia obiecana dla Muzułmanów Szeitów. Podobnie więc jak do Kerbeli i Nedżefu w Mezopotamii, tak i do Meszedu, przybywają masy pielgrzymów, często z bardzo dalekich nawet okolic Indyj i Arabii. Podróżując w najgorszych warunkach, wycieńczeni i schorzali, setki podobnych pielgrzymów kończąc tutaj cel wycieczki, znajdują także i grób w tym raju, na którego odszukanie wysilają cały południowy fanatyzm. Liczni tu duchowni, własne korzyści przedewszystkiém mający na celu, interesują się mało tak stanem pielgrzymów jak i oddaniem ostatniéj posługi licznym dziesiątkom zwłok codziennie tu znajdowanych. Usunąć je z pobliża uświęconego miejsca, złożyć w niegłęboki dół i przysypać lekką warstwą żwiru, to wszystko, na co się znajduje chwilkę czasu. Ulewne deszcze łatwo usuwają warstwy żwiru. Upały oddziaływając fatalnie na półotwarte groby, szybko sprowadzają rozkład gnilny, który łącznie z podobnym procesem rozwijającym się w nagromadzonych tu pozostałościach z ofiarowanych zwierząt, zatruwa powietrze, dziesiątkujące nietylko pielgrzymów ale i okolicznych mieszkańców. Wypada mi jeszcze zapisać i tę okoliczność, że prócz nieodpowiedniego grzebania zwłok, pozostawianie na otwartém powietrzu resztek zwierzęcych, na zdrowie pielgrzymów przybywających do Khorosanu wpływa jeszcze inna przyczyna, oparta na uświęconym tu zwyczaju czasowego obmywania zwłok w miejscach zwanych Mordeszur-hane i przechowywania ich w Dehme czyli kostnicach. Podług zwyczajów praktykowanych na Wschodzie do obmywania zwłok powinna być użyta woda zagrzana. W Meszedzie z powodu znacznych upałów w porze przebywania pielgrzymów wystarcza woda zwykła, brana z rzeczułki zwanéj Tedżen. Obmywalnie są położone w pobliżu rzeczułki. Woda użyta spływając na trudno przesiąkalny teren gliniasty, pochyło spadający ku rzeczce, tworzy często rodzaje małych strumieni, które z łatwością przedostając się do większego zbiornika wodnego i mięszając brudny płyn z ogólną ilością wody, zanieczyszczają takową w sposób niedający się zaprzeczyć. Woda taka, drogą podziemnych kanałów, bywa przeprowadzaną do fontan, basenów w meczetach i domów. I tak mieszkańcy, a tém pewniéj jeszcze i pielgrzymi, używają téj uświęconéj brudami mięszaniny na wszystkie zwykłe potrzeby. Przekonani wszakże o złej jéj jakości, tém pocieszają się zdaniem, że silne prądy w rzeczce usuwają w dal wszystkie zanieczyszczenia. W istocie jednak rzecz ma się zupełnie inaczéj, co wreszcie potwierdza i uwaga samego imama Ryzy, którą znajdujemy wyrzeźbioną w złoconych arabeskach na jednym z bocznych portali świątyni. Prąd bowiem jakkolwiek silny, walcząc ze stopniowo wznoszącém się łożyskiem rzeczki, biegnie zmiennym, wirowym kierunkiem, który też i utrudnia szybki odpływ ogólnéj masy wody i sprzyja, że istoty zanieczyszczające ją zamiast opadania na dno, przeciwnie pozostają na widoku mieszając się zaledwie z wierzchniemi warstwami wody. Wpływ, jaki podobna okoliczność wywiera na ogólną sytuacyję zdrowotną, jest bardzo widoczny i stany chorobowe zawdzięczające jéj swe powstanie są aż nadto jawnemi. (C. d. n.).

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 3 b. m. pod przewodnictwem prezydenta miasta Dra Szlachtowskiego posiedzenie, na którém po załatwieniu kilku spraw mniejszéj wagi fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości cyfry odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w pierwszych dwóch miesiącach r. b. W styczniu umarło ogółem osób 196, w lutym 177, śmiertelność wynosiła rachując zamiejscowych zmarłych w szpitalach rocznie 31 i 29·5 na tysiąc a uwzględniając jedynie mieszkańców Krakowa w styczniu 21·8, w lutym 22·3. Z tego widać, w jak wysokim stopniu dawniejszy sposób obliczania śmiertelności Krakowa przez włączanie osób zamiejscowych, które już chore przybyły do szpitali krakowskich i w nich zmarły, podwyższał sztucznie cyfrę śmiertelności i nie dawał dokładnego poglądu na miejscowe stosunki higijeniczne. Do tegoż samego

zdania doszła także i komisyja statystyczna wiedeńska, która obecnie oblicza śmiertelność większych miast dwojako, raz z porachowaniem zamiejscowych, drugi raz z ich opuszczeniem, tak iż na téj podstawie można zawsze znać rzeczywistą śmiertelność każdego miasta. — Pod względem chorób zakaźnych styczeń i luty r. b. były dla Krakowa bardzo pomyślne; procent bowiem śmiertelności z ich przyczyny był mały wynosząc w styczniu 11·6 a w lutym nawet tylko 6·7. Z ospy nie umarł nikt, odra ustała prawie zupełnie, jeden bowiem tylko przypadek w lutym zakończył się śmiercią. — Następnie fizyk miejski Dr. Buszek odczytał pismo i wykazy miejscowéj Rady szkolnéj w sprawie poruszonéj na poprzedniém posiedzeniu przez r. m. Dra Pareńskiego a dotyczącéj udzielania nauki z małą przerwą przez 5 godzin w niektórych pensyjonatach w Krakowie. Pisma te dały powód do bardzo ożywionéj i gruntownéj dyskusyi, w któréj wszyscy przemawiający byli jednego zdania, że udzielanie dzieciom małym nauki przez 5 godzin choć z przerwą jest pod względem zdrowia szkodliwe. R. m. Dr. Domański poruszył przy téj sposobności konieczność zbadania ponownego wielu innych bardzo wielkich braków sanitarnych szkół krakowskich i wypracowania stosownych w téj mierze przedstawień do właściwych władz rządowych. Wniosek ten przyjęto i wyznaczono do bliższego zastanowienia się nad nim podkomisyję z Drów Buszka, Domańskiego i Pareńskiego pod przewodnictwem ostatniego. Podkomisyja ta ma przedewszystkiém przejrzeć obowiązujące obecnie przepisy i przedłożyć wnioski w sprawie udzielania nauki przez 5 godzin z rzędu po pensyjonatach żeńskich. W dalszym ciągu posiedzenia dokończono obrad nad bardzo ważném ze względów sanitarnych rozporządzeniem odnoszącém się do budowy wychodków, dołów kloacznych, zlewów i kanałów. W obszernéj nad tym przedmiotem dyskusyi łączono, ile tylko możności, względy sanitarne z ekonomicznemi i ułożono ostatecznie regulamin, który, jeżeli będzie należycie wykonany, zapobieży złemu, na które wszyscy słusznie dotąd narzekali. Po załatwieniu jeszcze jednéj sprawy dotyczącéj wypróżniania dołów zlewnych zakończono posiedzenie w późnéj godzinie wieczornéj odkładając uchwalenie stałéj instrukcyi dla służby zdrowia do najbliższego posiedzenia.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 13—20 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 35·5. Z odry umarło (0 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z duru plamistego 1 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z gruźlicy 11 (8 z. t.); z zapalenia płuc 6 (3 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku płonicy, 2 duru osutkowego, 2 róży. W tygodniu od 7—13 umarło z ospy: w Warszawie i Odesie po 2; w Lipsku 1, w Wiedniu 14, w Pradze 7, w Rzymie 10, w Wenecyi 5, w Zurychu 2, w Paryżu 6. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 14, w Hamburgu 7, w Paryżu 10, w Londynie 13, w Petersburgu 19. Z odry umarło: w Wiedniu 14, w Londynie 30, w Amsterdamie i Rzymie po 12, w Petersburgu 11. Z płonicy umarło: w Petersburgu 12. Z błonicy umarło: w Berlinie 19, w Hamburgu 8, w Mnichowie 9, w Paryżu i Londynie po 40, w Chrystyjanii 9, w Petersburgu 24. Z krztuśca umarło w Londynie 130, w Stokholmie 8. W Tarifie (w Hiszpanii) zachorowało na cholerę od 27 stycznia do 7 lutego osób 218, a umarło 59; w Donarnenez (we Francyi) zachorowało na cholerę od 30 stycznia do 8 lutego osób 44, umarło 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 33,3; w Brodach 37,8; w Drohobyczu 52,2; w Kołomyi 68,2; w Przemyślu 33,5; w Stanisławowie 25,4; w Tarnopolu 38,4; w Tarnowie 24.1; w Warszawie 28,2; w Poznaniu 29,7; w Czerniowcach 23,5; w Pradze 44,1; w Wiedniu 34,8; w Salcburgu 25,0; w Gracu 27,6; w Tryjeście 28,6; w Insbruku 27,8; w Bernie 40,2; w Ołomuńcu 18,2; w Opawie 23,3; w Berlinie 27,7; w Wrocławiu 27,8; w Gdańsku 19,5; w Dreźnie 22,5; w Lipsku 21,7; w Mnichowie 27,6; w Strasburgu 24,1; w Amsterdamie 25,8; w Chrystyjanii 19,5; w Genewie 17,3; w Kopenhadze 18,4; w Londynie 24,9; w Odesie 36,1; w Paryżu 26,3; w Petersburgu 35,0; w Rzymie 35,1; w Stokholmie 21,3; w Wenecyi 31,5; w Zurychu 26,4. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 marca. Na posiedzeniu wczorajszém Tow. lek. krak. kol. Bossowski przedstawił chorą, u któréj prof. Mikulicz wykonał kastracyję z powodu włókniaka macicy z pomyślnym skutkiem, następnie kol. Braun przedstawił chorą, u któréj prof. Obaliński wykonał ekstyrpacyję barku i łopatki z powodu mięsaka. Po przedstawieniu tych chorych toczyły się rozprawy nad wnioskiem komisyi wyznaczonéj do rozpatrzenia wniosku doc. Dra Gluzińskiego w przedmiocie ograniczenia sprowadzania z Niemiec narzędzi, dzieł itd. Dla spóźnionéj pory dalszy ciąg rozpraw odłożono do następnego posiedzenia.

* Otrzymaliśmy pierwsze 3 numery „Przeglądu Weterynarskiego“, czasopisma, które, jak zapowiedzieliśmy, zaczęło wychodzić z d. 1 stycznia r. b. we Lwowie, zrazu pod redakcyją prof. Barańskiego, a począwszy od Nru 3 pod redakcyją Dra Szpilmana. Format, druk i układ przedstawiają się wcale ładnie, a jakkolwiek o wartości naukowéj pisma nie można jeszcze orzekać na podstawie kilku numerów, to jednak witamy radośnie „Przegląd Weterynarski“ jako pierwsze u nas pismo fachowe w kierunku do niedawna mało co uprawianym i życzymy mu najlepszego powodzenia; sądząc po obfitości materyjału, mieszczącego się w dotychczasowych numerach, nie wątpimy nawet o jego powodzeniu, jeżeli wszyscy zawodowcy polscy poprą je należycie.

* **Warszawa.** Dr. J. Talko, okulista, wojsk konsystujących w warszawskim okręgu wojskowym, obchodził w kółku rodzinném 25 letnią swoją działalność służbową, którą rozpoczął w Kijowie, kontynuował na Kaukazie, a od r. 1871 pełni w Warszawie. Prócz starszych lekarzy wojskowych z Warszawy i Modlina wzięli udział w uroczystości: Dr. Walter, inspektor szpitali warsz., b. prof. kijowski i nauczyciel Jubilata i Dr. Cywiński, umyślnie z Wilna przybyły. Słyszeliśmy, że Dr. Talko w roku zeszłym starał się o katedrę oftalmologii w Uniwersytecie w Tomsku, lecz według doniesienia kuratora sybirskiego okręgu naukowego prof. Floryjańskiego, zaniechano myśli urządzenia Wydziału lek. w tamecznym Uniwersytecie.

Prof. Szokalski otrzymał order św. Włodzimierza.

* **Praga** 1 marca. Na dzisiejszém posiedzeniu „Spolku lekařův českých“ omówił prof Hlava dwa przypadki z sekcyj patologicznych. 1) Pęknięcie prawdopodobnie urazowe śledziony u 60-letniego mężczyzny, który zmarł z *Paralysis progressiva*, Śledziona otoczona była skrzepem na 1cm grubym, a *serosa* jéj w rozległości na pół przedarta. Klinicznie ruptura ta nie okazywała żadnych objawów. 2) *Cholasteatoma* na podstawie czaszki u 26-letniego mężczyzny zmarłego z gruźlicy płuc. Guz ten był rozlany pomiędzy blaszkami spraw miękkich, wywołał znaczny *hydrocephalus*, a za życia objawy brodawki zastoinowéj. Następnie Dr. Obrzut miał zapowiedziany wykład o „komórkach olbrzymich gruźliczych, ich pochodzeniu i znaczeniu“.

Dr. Obrzut.

* **Praga czeska** d. 1 marca. Jutro odbędzie się tu bal polski urządzony staraniem „Ogniska“, na który przyobiecał stawić się cały świat lekarski czeski. Czysty dochód przeznaczony na bannitów pruskich.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Monachium.** Dr. Kopp habilitował się jako docent chorób skórnych. — **Erlanga.** W miejsce Sattlera przedstawiony został do nominacyi prof. okulistyki Dr. Eversbuch z Monachijum.

* **Nekrologija.** Przed kilkunastu dniami umarł w Ajaccio na wyspie Korsyce asystent przy katedrze medycyny sądowéj i docent prywatny w Wiedniu, Dr. Edward Zillner w 33 roku życia. Zmarły był synem fizyka salcburskiego i jednym z najbardziéj poważanych i uzdolnionych młodszych lekarzy wiedeńskich. Nadzwyczajna pracowitość, gruntowna znajomość medycyny sądowéj a przytém niezwykła skłonność i zacność charakteru,— oto zalety, które odznaczały młodego tego a zacnego pracownika. Od lat wielu znając go osobiście, ceniąc wysoko jego uzdolnienie i gruntowne prace fachowe, nie wątpiłem, że będzie ozdobą pierwszéj katedry, która się opróżni na jednym z uniwersytetów niemieckich. Los zawistny inaczéj zrządził; nauka traci w Zillnerze jednego z najgorliwszych i najsumienniejszych adeptów, prof. Hofmann najlepszego i przywiązanego swego ucznia. Cześć jego zacnej pamięci. *L. B.*

W Florencyi umarł prof. Levi, dyrektor kliniki chorób dzieci a w Bukareszcie prof. Marcovici, w Berlinie fizyk miejski Dr. Chamisso, syn poety.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 9: Biegańskiego: O naczynioruchowém oddziaływaniu skóry u przymiotowych. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 9: Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze (c. d.); Stypińskiego: Przyczynek do nauki o drgawkach porodowych. — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 2: O wpływie gimnastyki na narząd trawienia; O postawie ciała i środkach do osiągnięcia dobréj postawy u młodzieży w nauce gimnastyki.

Sprostowanie. W Nrze 9ym, str. 136, wiersz 19 od dołu, zamiast *(m. arytaenoideus)* powinno być *(m. arythyroideus)*.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 61.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę Asystenta przy katedrze Anatomii opisowéj, począwszy od dnia 1 kwietnia r. b.

Ubiegający się o tę posadę zechcą wnieść podania swe na ręce podpisanego dziekana aż do d. 21 marca r. b.

Kraków d. 27 lutego 1886 r.

Prof. Dr. Blumenstok.

L. 62.

KONKURS.

Wydział lekarski ogłasza niniejszém konkurs na 3 stypendyja z fundacyi śp. Józefa Dąbkowskiego, każde po 177 złr. 93 ct.

O dwa z tych stypendyjów ubiegać się mogą uczniowie Uniwersytetu Jagiellońskiego kończący w tymże Uniwersytecie studyja farmaceutyczne i przystępujący do egzaminów, katolicy, Polacy, urodzeni w Krakowie; o trzecie zaś stypendyjum również uczniowie Uniwersytetu Jagiell. w tymże Uniwersytecie studyja lekarskie kończący i przystępujący do egzaminów, katolicy, Polacy, urodzeni w Krakowie.

Podania w myśl powyższych warunków należycie uzasadnione wnosić należy do Wydziału lekarskiego na ręce podpisanego najpóźniéj do dnia 25 marca 1886 r.

Kraków dnia 27 Lutego 1886.

Prof. Dr. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.